

在宅療養後方支援病院

【入院希望患者様登録用紙（初回）】

益田地域医療センター医師会病院は、患者様が在宅療養中に緊急対応が必要になった場合に、かかりつけ医からの連絡に基づき、24時間いつでも診療を行います。

また入院が必要になった場合、益田地域医療センター医師会病院で入院治療を行います。万が一入院治療を行えない場合は適切な医療機関を紹介します。

尚、緊急時の対応をスムーズに行うことを目的として、かかりつけ医と患者様の診療情報等について情報交換を行います。

上記内容について説明を受け理解しましたので、緊急時の対応を希望します。

患者氏名 _____ (代筆者氏名 _____)

所属

説明者 _____

緊急時に受け入れを希望する医療機関の情報

名称 益田地域医療センター医師会病院
住所 〒699-3676 島根県益田市遠田町 1917-2
連絡先 0856-22-3611 (代表) 平日：地域連携室 時間外・休日：時間外受付

かかりつけ医の情報

記載日 令和 年 月 日

名称 _____

住所 _____

連絡先 _____ 担当医師 _____

患者情報

氏名 _____ (_____) M・T・S・H 年 月 日生

住所 _____

電話番号 _____

病名 _____

病状の経過 治療方針など (貴院所定の診療情報提供書の様式を添付でも可)

処方内容

* 確認事項 (算定している項目、および訪問診療の有無にチェックをお願いします)

- 在宅時医学総合管理料 特定施設入居時等医学総合管理料
- 在宅がん医療総合診療料 在宅療養指導管理料 (在宅自己注射指導管理料を除く)
- 訪問診療 (あり なし)