

【入院希望患者さま登録用紙（初回）】

記載日 令和 年 月 日

説明者 _____

益田地域医療センター医師会病院は、患者さま（B）が在宅療養中に緊急対応が必要になった場合に、貴院（A）からの連絡に基づき、24時間いつでも診療を行います。

またその際に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は、原則として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、益田地域医療センター医師会病院が緊急時の対応をスムーズに行うことを目的として、貴院（A）と患者さま（B）の診療情報等について情報交換を行います。

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

(A) 在宅医療を担当している医療機関の情報

名称 _____

住所 _____

連絡先 _____

担当医師 _____

(B) 入院を希望する患者情報

氏名 (_____) M・T・S・H 年 月 日生

住所 _____

電話番号 _____

病名 _____

病状の経過 (貴院所定の診療情報提供書の様式を添付いただいても構いません。)

治療方針

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)

在宅療養後方支援病院

【入院希望患者さま登録用紙（初回）】

益田地域医療センター医師会病院は、患者さま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さま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 _____）

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・R ____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）