

入院希望患者登録用紙

説明日： 年 月 日

説明者： _____

第二積善病院は、【患者名： _____】様が在宅療養中に緊急対応が必要になった場合に、【貴院名： _____】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となった場合は、原則として当院で入院治療を行います。万一、当院で入院治療が行えない場合は、当院が適切な医療機関へ紹介します。

なお、緊急時の対応をスムーズに行うことを目的として、【貴院名： _____】と【患者名： _____】様の診療情報等について情報交換を行います。

<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： _____ () _____ 担当医氏名： _____

<緊急時の受入を希望する医療機関の情報>

名称： 医療法人積善会 第二積善病院 住所： 〒441-3146 愛知県豊橋市大岩町字北山6番地110

連絡先： TEL 0532 (39) 4771 (代表) FAX 0532 (39) 4772

<上記医療機関で対応ができなかった場合に搬送の可能性がある医療機関>

1. _____ 2. _____

<患者様に関する情報>

氏名： _____ 住所： _____

生年月日： 年 月 日生(歳) 連絡先： _____

病状等： _____

* 確認事項 (算定している項目にチェックをお願いします)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 在宅時医学総合管理料 | <input type="checkbox"/> 在宅がん医療総合診療料 |
| <input type="checkbox"/> 施設入居時等医学総合管理料 | <input type="checkbox"/> 在宅療養指導管理料(在宅自己注射指導管理料を除く) |