

説明日 平成 年 月 日

説明者

【入院希望患者様登録用紙】

厚生中央病院は、^(患者様氏名) _____ さん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
^(患者様氏名) _____ さんの診療情報等について情報交換を行います。

① 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: _____)

② 緊急時の受入れを希望する医療機関の情報

名称 総合病院 厚生中央病院
住所 〒153-8581 東京都目黒区三田1-11-7
連絡先 03-3713-2141 (代表)

③ 厚生中央病院で対応ができなかった場合に、搬送希望される医療機関がありましたらご記入ください。

1 _____ 2 _____

④ 患者様に関する情報

氏名 _____ M・T・S・H 年 月 日生
住所 _____
連絡先 _____ ()

【症状等】 病名・処方内容、治療方針 等を詳しくご記入ください。

*病状等の記入が書ききれない場合は、他の用紙を用いても結構です。

*確認事項 (算定している項目にチェックをお願いします)

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