入院希望に関する届出書

説明日：令和 　年　　月　　日

説明者：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（患者氏名）

　兵庫県立丹波医療センターは、　　　　　　　　　　様が在宅療養中に緊急対応が必要

　　　　　　　　　　　　　（貴院名）

となった場合に、　　　　　　　　　　からの連絡に基づき、24時間いつでも診察を行い

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、適切な医療機関へ紹介します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（貴院名）

なお、緊急時の対応をスムーズに行うことを目的として、　　　　　　　　　　　と

（患者氏名）

　　　　　　　　　様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　：

所 在 地　：

電　　話　：　　　　　　　　　　　　　　　　　担当医氏名

２　緊急時の受入を希望する医療機関の情報

名　　称　：　兵庫県立丹波医療センター

所 在 地　：　丹波市氷上町石生2002番地7

電　　話　：　0795-88-5200(病院代表)　0795-88-5220(地域医療連携センター直通)

３　患者に関する情報

患者氏名　：　　　　　　　　　　　　　　　性　　別　：

生年月日　：　　　　　　　　　　　　　　　連絡先１　：

住　　所　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　２　：

電　　話　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　３　：

症状等　：　別に診療情報提供書（様式任意）を添付ください。

確認事項（算定している項目にチェックしてください。）

* 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）

令和　　年　　月　　日

診療情報交換用紙（登録患者専用）

在宅医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　在宅療養後方支援病院

担当医師名　　　　　　　　　　先生　　　兵庫県立丹波医療センター

電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL:0795-88-5200　　FAX:0795-88-5210

ファックス番号　　　　　　　　　　　　　地域医療連携センター

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL:0795-88-5220　　FAX:0795-88-5231

１　登録患者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ＊ＩＤ番号 | 氏　名 | 生年月日 |
|  |  |  |

* ３か月に１回、診療情報を交換させていただきます。
* ＩＤ番号は当院のＩＤ番号です。

２　診療情報

* + 貴院所定の診療情報提供書の様式を添付していただいても構いません。

|  |
| --- |
| 病名、処方内容、治療方針、当院への入院希望意思に変更がある場合にご記入ください。 |
| □入院希望登録時の届出内容に変更はありません。 |
| □入院希望登録時の届出内容(診療内容等)に変更があります。(下記のとおり変更しました) |
| ↓　変更内容等をご記入ください。 |
| ２ |
| ２ |
| ２ |
| ２ |
| ２ |
| ２ |
|  |