

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 _____
担当医師名 _____ 先生
電話番号 _____
ファックス番号 _____

在宅療養後方支援病院
兵庫県立丹波医療センター
TEL:0795-88-5200 FAX:0795-88-5210
地域医療連携センター
TEL:0795-88-5220 FAX:0795-88-5231

1 登録患者

* I D 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。
- * I D 番号は当院の I D 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。
<input type="checkbox"/> 入院希望登録時の届出内容に変更はありません。
<input type="checkbox"/> 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。
