

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。)

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <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"/> 特定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)