

入院希望患者様登録書

清恵会病院は (患者様氏名) _____ 様が在宅療養中に緊急対応が必要になった場合に

(かかりつけ医様) _____ 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。万が一当院で入院治療が行えない場合は、適切な医療機関をご紹介します。

尚、緊急時の対応をスムーズに行うことを目的として、貴院様と当該患者様の診療情報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情報【貴院】

名 称 _____
住 所 _____
電 話 _____

② 緊急時の受入先を希望する医療機関情報【当院】

名 称 清恵会病院
住 所 堺市堺区南安井町1-1-1
電 話 072-223-8199(代表) 072-221-6075(直通)
FAX 0120-34-8199(直通)

③ 清恵会病院で対応ができなかった場合に搬送を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

フリガナ
氏 名 _____ 生年月日 M T S H 年 月 日

住 所 _____

連絡先 () _____

症状など (病名・処方内容・治療方針などを詳しくご記入ください)

(病状が記入しきれない場合は他の用紙を用いていただいで結構です)

*確認事項 (算定している項目にチェックをお願いいたします)

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