

【入院希望患者様登録用紙】

(患者様氏名)

諫早総合病院は 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、当院で入院治療が行えない場合は、当院が入院可能な医療機関を紹介します。

(貴院名)

なお、緊急時の対応をスムーズに行うことを目的に と

(患者様氏名)

さんの診療情報の交換を行います。

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 緊急時の患者受け入れをする医療機関の情報

名称 独立行政法人地域医療機能推進機構 諫早総合病院
住所 〒854-8501 長崎県諫早市永昌東町24-1
連絡先 0957-22-1380 (代表) 医療連携室 FAX 0120-1388-35

③ 患者様に関する情報

フリガナ
氏名 □男 □女 □M □T □S 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)

- ①在宅時医学総合管理料 ③在宅がん医療総合診療料
 ②施設入居時等医学総合管理料 ④在宅療養指導管理料
(在宅自己注射指導管理料を除く)