

在宅療養後方支援病院患者登録書

説明日 令和 年 月 日

(在宅を担当している医療機関)

説明者

杉田玄白記念公立小浜病院は _____ さまが在宅療養中に緊急対応が必要とな

った場合に、 _____ からの連絡に基づき、24 時間体制で診療を行います。

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、

当院で入院治療を行えない場合は当院が適切な医療機関を紹介します。

なお、緊急時の対応をスムーズに行うことを目的に、 _____ と

_____ さま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

名称 _____ 担当医師 _____
住所 _____ TEL _____

② 緊急時に受け入れを希望する医療機関

名称 杉田玄白記念公立小浜病院 住所 福井県小浜市大手町 2 番 2 号
連絡先 平日 8 : 3 0 ~ 1 7 : 1 5 地域連携室紹介窓口 TEL 0770-52-0990
時間外・休日 時間外対応窓口 TEL 0770-52-0990

③ 患者さまに関する情報

氏名 _____ M・T・S・H・R 年 月 日
住所 _____ 施設名 _____
連絡先：続柄等 () TEL ()

【病名・症状】 別紙添付可

確認事項 (算定している項目にチェックをお願いします)

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自己注射指導管理料を除く在宅療養指導管理料 のいずれか

入院の際に再度確認させていただきます。