

《入院希望患者様登録書》

松波総合病院は、(患者氏名) 様が在宅療養中に緊急対応が必要になった場合に
(担当かかりつけ医) 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として、貴院と当該の患者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の情報 【貴院】

名 称 _____

住 所 _____

電話番号 _____

② 緊急時の受け入れ先を希望する医療機関の情報 【当院】

名 称 松波総合病院

住 所 〒501-6062 羽島郡笠松町田代185-1

電話番号 058-388-3360 (地域医療介護連携室) 平日 8:00~17:00
土曜 8:00~12:00

058-388-0111 (代表) 上記時間以外および日曜・祝日

③ 松波総合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下さい。

④ 患者に関する情報

フリガナ _____

氏 名 _____

生年月日 □M □T □S □H 年 月 日生 (男・女)

住 所 _____

電話番号 _____

《症状等》病名・処方内容・治療方針等をご記入下さい。(別紙添付可)

算定状況の確認 (該当する項目にシ点をご記入下さい。)

 CO02 在宅時医学総合管理料 CO02-2 施設入居時等医学総合管理料 CO03 在宅がん医療総合診療料 第2章第2部第2節第1款に定める「在宅療養指導管理料」(C101在宅自己注射指導管理料を除く)