

《入院希望患者様登録書》

新小文字病院は、(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
(担当かかりつけ医様)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、貴院様と当該の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 : 社会医療法人財団 池友会 新小文字病院
住所 : 〒800-0057福岡県北九州市門司区大里新町2番5号
電話番号 : 093-391-1001(平日8:00~17:00 医療連携室)
※上記時間以外及び日曜・祝日は時間外受付にて対応

③ 新小文字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。

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 日生 (性別)
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)

算定状況確認(該当する項目にチェックを入れて下さい。)

- C002 在宅時医学総合管理料 C003 在宅がん医療総合診療料
 C002-2 施設入居時等医学総合管理料 在宅療養指導管理料(C101在宅自己注射指導管理料を除く)