

(患者様用)

在宅療養後方支援病院 登録用紙

【在宅療養後方支援病院登録患者様について】

当院を「緊急時に入院を希望する病院」として予め本用紙にてお届け頂いている患者様に対し、在宅医療機関の要請に基づき、いつでも入院の受入れを行います。なお、当院で入院治療が行えない場合は、適切な医療機関へのご紹介を行います。また、緊急時の対応を円滑に行うため、入院希望患者様に在宅医療を提供している医療機関とは、3カ月に1度の診療情報交換を行います。

【登録内容】

説明日：平成 年 月 日 説明した医師：(診療科)

① 患者様情報

氏名： 様 ID： 性別： 生年月日： 年 月 日

住所： _____

電話： _____

病状等：

病名： _____

病状： _____

② 在宅医療機関

名称： _____ 様

住所： _____

電話： _____

担当医師名： _____ 先生

③ 緊急入院を希望する医療機関

名称：国立研究開発法人国立成育医療研究センター

住所：東京都世田谷区大蔵 2-10-1

電話：03-3416-0181 (代表)