

入院希望の届出

医療法人済衆館済衆館病院は、_____さんが在宅療養中に緊急対応が必要になった場合に、_____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へ紹介します。

なお、緊急時の対応をスムーズに行うことを目的として、_____と_____さんの診療情報等について情報交換を行います。

在宅医療を担当している医療機関の情報

名称

住所

電話番号

担当医氏名：

緊急時の受入を希望する医療機関

名称 医療法人済衆館済衆館病院

住所 愛知県北名古屋市鹿田西村前 111 番地

電話番号 0568-21-0811

上記医療機関で対応ができなかった場合に搬送を希望する医療機関

1. _____ 2. _____

算定している管理料（下記にチェックをお願いします）

☐C002 在宅児医学総合管理料

☐C002-2 施設入居時等医学総合管理料

☐C003 在宅がん医療総合診療料

☐在宅療養指導管理料（C101 在宅自己注射指導料を除く）

患者に関する情報

フリガナ

氏名

性別

男

女

生年月日

住所

自宅電話番号

携帯電話番号

上記の説明を受け、緊急時の受入を希望します。

氏名（自署）_____

ご家族（代筆）_____

説明日 年 月 日

説明者_____