

# 入院希望届出書

説明日：平成 年 月 日

説明者： \_\_\_\_\_

市立加西病院は、【患者氏名 \_\_\_\_\_】さんが在宅療養中に緊急対応が必要になった場合に、【在宅医療を担当している医療機関名： \_\_\_\_\_】からの連絡に基づき、24 時間いつでも診療を行ないます。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ないます。万一、当院で入院治療が行なえない場合は、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なうことを目的として、【在宅医療を担当している医療機関名： \_\_\_\_\_】と【患者氏名 \_\_\_\_\_】さんの診療情報等について情報交換を行ないます。

## ■在宅医療を担当している医療機関の情報

|     |                |
|-----|----------------|
| 名 称 |                |
| 住 所 |                |
| 連絡先 | (担当医氏名： _____) |

## ■緊急時の受入を希望する医療機関の情報

- ・名 称 市立加西病院
- ・住 所 兵庫県加西市北条町横尾 1-13
- ・連絡先 0790-42-2200 (代表)

上記医療機関で対応できなかった場合に搬送の可能性がある医療機関

北播磨総合医療センター、加古川医療センター、加古川中央市民病院、姫路循環器病センター

## ■患者さんに関する情報

|   |  |      |       |
|---|--|------|-------|
| フリカナ                                      |  | 生年月日 | 年 月 日 |
| 氏 名                                       |  | 性 別  | 男 ・ 女 |
| 住 所                                       |  |      |       |
| 連絡先                                       | 1. _____<br>2. _____<br>3. _____                       |      |       |
| 病状等                                       | 別に診療情報提供書（様式任意）を添付して下さい。                               |      |       |
| 算定している管理料                                 |  |      |       |
| <input type="checkbox"/> C002 在宅時医学総合管理料  | <input type="checkbox"/> C002-2 特定施設入居時等医学総合管理料        |      |       |
| <input type="checkbox"/> C002 在宅がん医療総合診療料 | <input type="checkbox"/> 在宅療養指導管理料（C101 在宅自己注射指導管理料除く） |      |       |