

(様式1)

在宅療養後方支援病院

入院希望届出書及び同意書

北部地区医師会病院は、在宅療養中の患者さんの状態が悪化し緊急対応が必要となった場合、在宅療養担当医療機関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当院で入院し治療を行います。当院で入院治療が行えない場合はこちらで適切な医療機関へご紹介します。

なお、緊急時の対応をスムーズに行うため在宅医療機関と患者さんの診療情報について、定期的に情報交換を行います。

入院を希望する患者さんに関する情報

フリガナ
氏名

生年月日 年 月 日生 性別 (男・女)

住所

連絡先

在宅療養を担当している医療機関

名称

住所

連絡先

(担当医師名:)

緊急時受け入れを希望する医療機関

名称 公益社団法人北部地区医師会 北部地区医師会病院

住所 〒905-8611 名護市宇茂佐 1712 番地 3

連絡先 0980-54-1111(代) 平日 8:30~17:30 / 連携課 時間外及び土日祝 / 救急外来

※ 北部地区医師会病院で対応が出来なかった場合に搬送を希望される病院がありましたらご記入ください。(希望に沿えない場合もございますのでその旨了承願います。)

① _____

② _____

※他の病院で入院希望の届け出をしていますか? (はい・いいえ)

在宅療養後方支援病院の連携体制について説明があり北部地区医師会病院に登録することに同意します。

令和 年 月 日

説明者

患者名