

在宅療養後方支援病院 患者登録書

(患者様氏名)

馬場記念病院は _____ 様が在宅療養中に緊急対応が必要になった場合に

(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。万が一当院で入院治療が行えない場合は、適切な医療機関をご紹介させていただきます。

尚、緊急時の対応をスムーズに行うことを目的として、貴院様と当該患者様の診療情報について情報交換を行います。

※診療患者の届出は1患者につき1病院となります。患者様が他に届出を行っている病院がないか十分にご確認ください。

① 在宅医療を担当している医療機関情報【貴院】

名称 _____

住所 _____

電話 _____

② 緊急時の受入先を希望する医療機関情報【当院】

名称 馬場記念病院 _____

住所 堺市西区浜寺船尾町東 4-244 _____

電話 072-265-5558(代表) 072-265-9083(直通) _____

FAX 072-265-9134 _____

③ 馬場記念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ください。

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

住所 _____

連絡先 () _____

症状など (病名・処方内容・治療方針などを詳しくご記入ください)

(病状が記入しきれない場合は他の用紙を用いていただいて結構です)

*確認事項(算定している項目にチェックをお願いいたします)

☐

在宅時医学総合管理料

☐

在宅がん医療総合診療料

☐

特定施設入居時等医学総合管理料

☐

在宅療養指導管理料

(在宅自己注射指導管理料を除く)