

入院希望登録届出書

説明日 年 月 日

説明者 _____

岐阜清流病院は、下記患者さんが在宅療養中に緊急対応が必要になった場合に
1.の かかりつけ医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、在宅医療を担当している
医療機関と診療情報等について情報交換を行うことに同意いたします。

1. かかりつけ医(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 _____ (担当医名: _____)

2. 緊急時の受入を希望する医療機関の情報

名称 岐阜清流病院

住所 岐阜市川部三丁目25番地

連絡先 058-239-8111(代) 地域連携入退院センター 058-239-8515 (直通)

※入院された場合は、在宅患者緊急入院診療加算が算定されます。

3. 上記医療機関で対応ができなかった場合に搬送の可能性がある医療機関

① 岐阜市民病院

② 岐阜大学医学部附属病院

4. 患者さんに関する情報

フリガナ

氏名 _____ 男・女 年 月 日生 才

住所 _____

連絡先・電話番号 _____

主病名等

確認事項 (算定している項目、および訪問診療の有無にチェックをお願いします)

在宅時医学総合管理料 特定施設入居時等医学総合管理料

在宅がん医療総合診療料 在宅療養指導管理料 (在宅自己注射指導管理料を除く)

訪問診療 (あり なし)

※ご記入後、地域連携入退院センターまで FAX をお願いいたします。