

在宅療養後方支援病院 登録申請書 兼 同意書

患者ID :

登録日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申請日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(患者氏名)

鳥取赤十字病院は、 _____ 様が在宅療養中に緊急対応が必要な場合に、
(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になった場合、原則として鳥取赤十字病院で入院治療を行います。万が一入院治療を行うことができない場合は、当院が適切な医療機関を紹介します。

なお、緊急時の対応をスムーズに行うことを目的として、貴院と当該患者の診療情報について情報交換を行うことに同意します。

緊急時に受入れを希望する医療機関

名 称 鳥取赤十字病院

住 所 〒680-8517 鳥取県鳥取市尚徳町117番地

連 絡 先 〈平日 8:30~17:10〉 0857-39-0530 (地域医療連携課)

〈時間外及び土曜・日曜日・祝日〉 0857-24-8111 (代表)

鳥取赤十字病院で対応ができなかった場合、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. _____

在宅医療を担当している医療機関 (貴院)

名 称 _____

住 所 _____

電話番号 _____ 担当医師 _____

入院を希望される患者

(フリガナ) _____

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所 _____

電話番号 1. _____ 2. _____

【病状など】 処方内容、治療方針等をご記入ください。(別紙添付可)

確認事項 (算定している項目にレ点のご記入をお願いします)

 在宅時医学総合管理料 (C002) 施設入居時等医学総合管理料 (C002-2) 在宅がん医療総合診療料 (C003) 第2章第2部第2節第1款に定める在宅療養指導管理料 (C101 在宅自己注射指導管理料を除く)