

説明日 令和 年 月 日
説明者

入院希望患者様登録用紙（在宅療養後方支援 専用）

(患者様氏名)

山陽小野田市民病院は、_____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、(貴院名) _____と
(患者様氏名) _____さんの診療情報等について情報交換を行います。

在宅療養を担当している医療機関の情報

名称 _____
住所 _____
連絡先 _____ (担当医師名 _____)

緊急時の受入を希望する医療機関の情報

名称 山陽小野田市民病院 _____
住所 山陽小野田市大字東高泊1863番地1 _____
連絡先 0836-83-2355 _____

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 山口労災病院 _____ 2 宇部興産中央病院 _____

患者に関する情報（他の用紙を用いても結構です。）

氏名 _____ 生年月日 _____

住所 _____ 連絡先 _____

症状等 _____

【処置】 点滴管理 中心静脈栄養 酸素吸入 レスピレーター気管切開の処置 経管栄養 褥瘡の処置【状態】 自立 見守り 車いす 寝たきり 認知症

※確認事項（算定している項目にチェックをお願いします）

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（在宅自己注射は除く）

受理日 年 月 日

