様式１

説明日　　　令和　　　年　　　月　　　日

　説明者

**入院希望患者様登録用紙【後方支援（在宅医療）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。

（貴院名）

なお、緊急時の対応をスムーズに行うことを目的として、　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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

　□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

様式２

令和　　　年　　　月　　　日

**診療情報交換用紙【後方支援（在宅医療）専用】**

医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　山陽小野田市民病院　地域医療連携室

所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ　0836-83-2355

医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ　0836-83-8666

ＴＥＬ

ＦＡＸ

|  |  |
| --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 登録患者氏名 | 男・女 |
| 生 年 月 日 | 明・大・昭　　　　　年　　　　月　　　　日 |

* 入院希望登録時の届出内容に変更はありません。
* 入院希望登録時の届出内容（診療内容等）に変更があります。

※診療情報は他の用紙を用いても結構です

変更内容等をご記入ください