

## 【在宅療養後方支援病院 登録申請書 兼 同意書】

説明日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

説明者 \_\_\_\_\_

太田川病院は（B）が在宅療養中に救急対応が必要になった場合に（A）からの連絡に基づき、24 時間診療を行います。またその際に入院が必要になった場合、太田川病院は原則として入院治療を行います。万が一入院治療を行えない場合は適切な医療機関へ紹介を行います。なお、緊急時の対応をスムーズに行うことを目的として、太田川病院と（A）が（B）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 医療法人社団輔仁会 太田川病院住所 〒732-0009 広島市東区戸坂千足一丁目 21 番 25 号連絡先 〈平日 8:30~17:30〉 地域医療介護支援室 TEL082-516-1666 または代表 TEL082-220-0221〈時間外及び休診日〉 代表 TEL082-220-0221

## 上記医療機関が対応できなかった場合に搬送を希望する医療機関

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

## (A) : 在宅医療を担当している医療機関

名称 : \_\_\_\_\_

担当医師 : \_\_\_\_\_

## (B) : 患者さんに関する情報

患者氏名 : \_\_\_\_\_

代筆者氏名 : \_\_\_\_\_ 続柄 : \_\_\_\_\_

\*診療情報（症状・経過）、処方等は別紙に記載をお願いします。

## \*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（在宅自己注射指導管理料を除く）