

【入院希望患者様登録用紙】

厚生中央病院は、(患者様氏名) さんが在宅療養中に緊急対応が必要になった場合に
(貴院名) 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。入院時に高い専門
性を要求されますと、受け入れ困難な状況が生じる可能性がありますので、ご了承の程お願い申し
上げます。万一、当院で入院治療行えない場合は、当院が適切な医療機関へご紹介いたします。
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。

① 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 () (担当医師: ())

② 緊急時の受入れを希望する医療機関の情報

名称 総合病院 厚生中央病院
住所 〒153-8581 東京都目黒区三田1-11-7
連絡先 03-3713-2141 (代表) 医療連携室 FAX 03-3713-8021

③ 厚生中央病院で対応ができなかった場合に、搬送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 ()

④ 患者様に関する情報

氏名 フリガナ () M・T・S・H 年 月 日生
住所 ()
連絡先 ()

【症状等】 病名・処方内容、治療方針 等を詳しくご記入ください。

<small>()</small>
<small>()</small>
<small>()</small>
<small>()</small>
<small>()</small>
<small>()</small>

* 病状等の記入が書ききれない場合は、他の用紙を用いても結構です。

* 確認事項 (算定している項目にチェックをお願いします)

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 在宅時医学総合管理料 | <input type="checkbox"/> 在宅がん医療総合診療料 |
| <input type="checkbox"/> 特定施設入居時等医学総合管理料 | <input type="checkbox"/> 在宅療養指導管理料 |
- (在宅自己注射指導管理料を除く)