

在宅療養後方支援病院 入院希望届出書

申込先 : 藤田医科大学岡崎医療センター

説明日 年 月 日

FAX番号 : 0564-64-8194

説明者

藤田医科大学岡崎医療センターは、(B) が在宅療養中に緊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、原則として藤田医科大学岡崎医療センターで入院治療を行います。万が一、入院治療が行えない場合は、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、藤田医科大学岡崎医療センターと (A) が (B) の診療情報等について情報交換を行います。

緊急時に受入れを希望する医療機関

名称 藤田医科大学岡崎医療センター

住所 〒444-0827 愛知県岡崎市針崎町字五反田1番地

連絡先 【平日8:45~17:00】 医療連携室 0564-64-8200 (直通)

【上記以外の時間帯】 救急外来 0564-64-8800 (直通)

藤田医科大学岡崎医療センター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. _____

(A) 在宅医療を担当している医療機関 (貴院)

名称 _____

住所 〒 _____

連絡先 _____ 担当医師 _____

(B) 患者さんに関する情報

(フリガナ) _____

氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 〒 _____

電話番号 1. _____ 2. _____

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 (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) 在宅療養指導管理料 (C101 在宅自己注射指導管理料を除く)