

入院希望届出書

説明日： _____ 年 月 日

説明者： _____

医真会八尾総合病院は、 _____ さんが在宅療養中に緊急対応が必要となった場合に、
在宅医療を担当している(主治医) _____ 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、当院と主治医は患者さんの診療情報について
3か月ごとに情報交換を行います。

在宅医療を担当している医療機関(主治医)の情報

名称

_____住所

連絡先

担当医師名:

緊急時の受け入れを希望する医療機関の情報

名称

医真会八尾総合病院

住所

大阪府八尾市沼1-41

連絡先

072-949-7752(地域連携直通)

072-948-2500(代表)

上記医療機関が対応できなかった場合に搬送希望の医療機関がある場合はご記入ください。

患者さんに関する情報

フリガナ

生年月日

氏名

男・女

明・大・昭・平

年

月

日

_____住所

_____連絡先

算定している在宅管理料

 C002 在宅時医学総合管理料 C002-2 特定施設入居時等医学総合管理料 C003 在宅がん医療総合診療料 在宅療養指導管理料

(C101 在宅自己注射指導管理料を除く)

※ 病状などにつきましては、別に診療情報提供書の添付をお願いします。

在宅療養後方支援病院登録用
診療情報提供書(初回)

年 月 日

医真会八尾総合病院

担当医 殿

TEL・FAX:072-949-7752(地域連携直通)

TEL:072-948-2500(代表)

紹介元 医療機関名
住 所
電話番号
FAX番号
医師名 ⑩

フリガナ 患者氏名	男 女	生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
患者住所			電話番号 () -

1. 傷病名
2. 既往歴
3. 症状経過及び治療経過 <input type="checkbox"/> 別紙に記載
4. 現在の処方 <input type="checkbox"/> 別紙に記載
5.現在の処置 <input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 褥創処置 <input type="checkbox"/> 持続導尿 <input type="checkbox"/> 認知症(軽度・重度) ADLの状態 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 自立
6. 備考

保 險 情 報	保険者番号	記号・番号	有効期限	公費受給者番号	公費負担者番号	一部負担金免除
						有・無
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族(被保険者氏名)			自己負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	

在宅療養後方支援病院登録用
診療情報提供書(3カ月毎交換)

年 月 日

医真会八尾総合病院

担当医 殿

TEL・FAX:072-949-7752(地域連携直通)

TEL:072-948-2500(代表)

紹介元 医療機関名
住 所
電話番号
FAX番号
医師名 ⑩

登録患者様

フリガナ 患者氏名	男 女	生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
患者住所			電話番号 () -

上記登録の患者様につきまして、3カ月毎に情報交換をさせていただきます。

1. 傷病名
2. 診療情報 <input type="checkbox"/> 入院希望登録時の届け出内容に変更ありません <input type="checkbox"/> 入院希望登録時の届け出内容に変更があります。 <input type="checkbox"/> 在宅療養終了(転居・死亡を含む) <input type="checkbox"/> 入院希望の意思なし <input type="checkbox"/> その他 [具体的に: ※ 貴院様の様式の診療情報提供書を添付いただいてもかまいません]
3. 備考

保険情報に変更がある場合のみご記入ください

保 険 情 報	保険者番号	記号・番号	有効期限	公費受給者番号	公費負担者番号	一部負担金免除
						有・無
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族(被保険者氏名)			自己負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	