

入院希望届出書

独立行政法人国立病院機構刀根山病院は、患者様が在宅療養中に緊急対応が必要となった場合

1. 在宅医療を担当している医療機関の連絡に基づき、24時間いつでも診療を行います。
2. 入院が必要となった場合、原則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、適切な医療機関へ紹介いたします。

※緊急時の対応をスムーズに行うために、患者さんの診療情報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 独立行政法人国立病院機構大阪刀根山医療センター
住所 〒560-8552 大阪府豊中市刀根山5丁目1番1号
連絡先 06-6853-2001(代表)
担当 地域ネットワークセンター (平日8:30~17:15以外は事務当直)

③ 患者様に関する情報

フリガナ _____
氏名 _____ □T・ □S・ □H 年 月 日生
住所 _____
連絡先 _____

※症状等につきましては、別に診療情報提供書の添付をお願いいたします。

④ 患者様記載欄

| | | | |
|----------|----------------|----|-----|
| 同意年月日 | 令和 年 月 日 | | |
| 氏名(自署) | | | |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成 年 月 日 | 性別 | 男・女 |
| 代理人記載の場合 | 代理人氏名(自署) | 続柄 | |

※ 当該届出書は複数病院に提出することはできませんのでご注意ください。

* 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
(在宅自己注射指導管理料を除く)

説明日

令和 年 月 日

説明者

独立行政法人国立病院機構
大阪刀根山医療センター地域ネットワークセンター
TEL 06-6853-2001
FAX 06-6844-8778