

## 入院希望届出書

患者ID: 

説明日: 年 月 日

説明者: 

育和会記念病院は、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 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、  
と、さんの診療情報などについて情報交換を行います。

## 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 担当医師名: 

## 緊急時の受け入れを希望する医療機関の情報

名称 育和会記念病院

住所 大阪市生野区巽北3丁目20番29号

連絡先 06-6758-8000(代表) 06-6758-8115(地域医療連絡室直通)

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。