

在宅療養後方支援病院登録申請書

1. 在宅医療を担当している医療機関（かかりつけ医）の情報

医療機関名	医師名：		
住所			
電話番号		FAX	

2. 緊急時受入を希望する医療機関の情報

医療機関名	公益財団法人仁泉会 北福島医療センター		
住所	福島県伊達市箱崎字東 23 番地の 1		
電話番号	024-551-0101（地域医療連携室）	FAX	024-551-0104（地域医療連携室）

3. 上記医療機関で対応ができなかった場合に搬送の可能性がある医療機関

1.	2.
----	----

4. 患者情報

患者氏名	男・女	T・S・H	年	月	日
住所					
電話番号	その他の連絡先（ ）				
居宅介護支援事業所（担当者）	（ ）				
訪問看護事業所（担当者）	（ ）				

5. 病名・経過・処方内容、治療方針等を記入下さい。（簡潔で結構です）

*病状等の記入は貴院の診療情報提供書を用いても結構です。

*登録患者の条件は下記の 1) かつ 2) かつ 3) に該当する方になります。

- 1) 訪問診療を受けている方
- 2) 在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料・在宅がん医療総合管理料・在宅療養指導管理料（在宅自己注射指導管理料は除く）を入院前月または入院月に算定している方で体調を崩された方
- 3) 自宅・特別養護老人ホーム・軽費老人ホーム・ケアハウス・有料老人ホーム・グループホーム サービス付高齢者住宅に入居中の方

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 特定施設入居時医学総合管理料
在宅療養指導管理料（在宅自己注射指導管理料を除く）

「在宅療養後方支援病院の説明」及び「登録同意書」

- **在宅療養後方支援病院の目的**

在宅療養中の患者様が緊急状態となった場合「在宅療養後方支援病院」と在宅療養担当医が連携をとることで、24時間迅速に対応し、必要に応じて入院治療を行います。

また、万が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をご紹介します。

- **定期的な情報交換の実施**

定期的に北福島医療センターとかかりつけ医が、3ヶ月に1回程度の情報交換を行います。急な入院にも安心して入院ができるように対応します。

- **個人情報の取り扱い**

個人情報の提供は、目的の範囲以内で必要最小限にとどめ、情報提供の際は関係者以外に漏れることのないように細心の注意を払います。

在宅医療で管理する本人及びご家族の個人情報は、個人情報保護法に基づき適切に管理します。

- **登録に際しての確認事項**

一人の患者様が複数の在宅療養後方支援病院に登録することはできません。

「登録同意書」

在宅療養後方支援病院について、説明を受けました。

北福島医療センターに登録することを同意します。 年 月 日

【説明者】

氏名 _____

【患者】

氏名： _____

住所： _____

【親族・代理人氏名】

氏名： _____ (続柄 _____)

住所： _____

在宅療養後方支援病院 登録患者診療情報交換用紙

年 月 日

北福島医療センター 地域医療連携室

TEL : 024-551-0101 FAX : 024-551-0104

在宅医療機関		担当医師	
電話番号		FAX 番号	

1. 登録情報

登録番号		氏名	
------	--	----	--

2. 診察情報

病名、処方内容、治療方針、当院への入院希望意思の変更がある場合は記載して下さい	
入院希望登録時の届出内容に変更の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無