入院希望に関する届出書

説明日：令和 　年　　月　　日

説明者：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（患者氏名）

　兵庫県立丹波医療センターは、　　　　　　　　　　様が在宅療養中に緊急対応が必要

　　　　　　　　　　　　　（貴院名）

となった場合に、　　　　　　　　　　からの連絡に基づき、24時間いつでも診察を行い

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します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（貴院名）

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

（患者氏名）

　　　　　　　　　様の診療情報等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　：

所 在 地　：

電　　話　：　　　　　　　　　　　　　　　　　担当医氏名

２　緊急時の受入を希望する医療機関の情報

名　　称　：　兵庫県立丹波医療センター

所 在 地　：　丹波市氷上町石生2002番地7

電　　話　：　0795-88-5200(病院代表)　0795-88-5220(地域医療連携センター直通)

３　患者に関する情報

患者氏名　：　　　　　　　　　　　　　　　性　　別　：

生年月日　：　　　　　　　　　　　　　　　連絡先１　：

住　　所　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　２　：

電　　話　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　３　：

症状等　：　別に診療情報提供書（様式任意）を添付ください。

確認事項（算定している項目にチェックしてください。）

* 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）