

【様式 2】

在宅療養後方支援病院(大船中央病院)説明書 兼 登録同意書

【在宅療養後方支援病院の目的】

鎌倉市近隣地域において在宅療養をされている患者さんやご家族が、安心して療養生活を継続できるよう、緊急の診療や入院が必要となった場合に備え、あらかじめ入院対応を行う病院を定め、迅速かつ円滑な対応を行うことを目的としています。なお、医師の判断により入院が必要となった場合には、原則として当院において 24 時間体制で入院加療を行います。ただし、病床状況等により当院での入院加療が困難な場合には、患者さんの状態に応じて、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】

大船中央病院とかかりつけ医等は、概ね3か月に1回程度の定期的な情報交換を行います。これにより、患者さんが急に入院となった場合でも、必要な情報を共有し、安心して迅速な対応が行える体制を整えます。

【個人情報使用にあたっての留意事項】

患者さんの個人情報の提供は、前述の目的の範囲内で必要最小限とします。また、情報共有にあたっては、関係者以外に漏えいすることのないよう十分に配慮し、関係法令に基づき適切に管理します。

【その他】

患者さんは、在宅療養後方支援病院として登録できる医療機関は1か所のみとなります。

- 在宅療養後方支援病院について、主治医から説明を受けました。
- 在宅療養後方支援病院(大船中央病院)に登録することに同意します。

年 月 日

● 患者さんに関する情報

患 者 氏 名	
住 所	
患者ご家族の代表者	
住 所	

● かかりつけ医に関する情報

同 意 書 取 得 施 設 名	
住 所	
ご 説 明 者 様	