

在宅療養後方支援病院 登録届出書

大船中央病院では、患者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医療機関からの連絡に基づき、当院が24時間体制で診療を行います。

■入院が必要と判断された場合は、原則として当院で入院治療を行います。

万が一、当院での入院治療が困難な場合には、当院が責任をもって適切な医療機関へご紹介いたします。

緊急時の対応を円滑に行うため、患者さんの診療情報等については、在宅医療を担当している医療機関と適切に情報共有を行います。

在宅療養を担当している医療機関

医療機関名	
住 所	〒 一
電話番号	
担当医師	

緊急時の受け入れを希望する医療機関

医療機関名	大船中央病院		
住 所	〒247-0056 神奈川県鎌倉市大船6-2-24		
電話番号	0467-45-2111(代表)		0467-42-7358(FAX番号)
連絡部署	① 地域医療連携室 (平日・土曜(12時まで) 8:30~17:00)		② 救急外来 (時間外および土曜(12時以降)・日曜・祝日)
【大船中央病院】で対応が出来なかった場合の、搬送を希望される医療機関がありましたらご記入ください			
医療機関名	①	②	

在宅療養をされている患者さんに関する情報

フリガナ		性別	生年月日		年齢		
氏名		男	大正・昭和	年月日	歳		
住所	〒 一		入所施設名	入所中の施設があればご記入ください			
電話番号							
確認事項①	急変時に延命的な治療の希望 : 【希望する・希望しない・未定】						
確認事項②	※ 算定している項目にチェックをお願いいたします						
	<input type="checkbox"/> 区分 C002 在宅時医学総合管理料		<input type="checkbox"/> 区分 C003 在宅がん医療総合診療科				
	<input type="checkbox"/> 区分 C002-2 施設入居時等医学総合管理料		<input type="checkbox"/> 第2章 第2部 在宅療養指導管理料 第2節 第1款 (在宅自己注射指導管理料は除く)				

説明日	令和 年 月 日	説明者
-----	----------	-----

※ 【様式4】在宅療養後方支援病院 診療情報提供書(初回)を添付ください