

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	〒 -
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
		女	平成・令和		
住所	〒 -		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	
-----	----------	-----	--