

在宅療養後方支援患者申請書兼同意書

説明日 年 月 日

説明医師名

長吉総合病院は、患者様 が在宅療養中に緊急対応が必要になった場合に、
貴医療機関 からの連絡に基づき、24時間いつでも診療を行います。

入院が必要となった場合は、原則、当院で入院治療を行います。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。

なお、緊急時の対応をスムーズに行うことを目的として患者様 の診療情報等について3か月ごとに情
報交換を行います。

※在宅療養後方支援登録の申請をしていただいても、病状等により受理出来ない場合があります。

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： 〒	
TEL：	FAX：

緊急時受入を希望する医療機関の情報

医療機関名： 長吉総合病院	
住所： 〒547-0016 大阪市平野区长吉長原1-2-34	
TEL： 06-6709-0301（代表）	FAX： 06-6707-8410（地域連携室）

登録希望患者の情報

※貴院所定の『診療情報提供書』と『直近の検査データ』を必ず添付してください

患者氏名：	フリガナ：	性別：
生年月日：	TEL：	
住所： 〒		
キーパーソン氏名：	フリガナ：	
TEL：	続柄：	
アレルギー：		
急変時の心肺蘇生： <input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 希望なし	終末期の延命治療： <input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 希望なし	
算定項目： <input type="checkbox"/> 在宅時医学総合管理料 <input type="checkbox"/> 在宅がん医療総合診療料		
<input type="checkbox"/> 在宅療養指導管理料（在宅自己注射指導管理料を除く）	<input type="checkbox"/> 施設入居時等医学総合管理料	

居宅介護支援事業所

事業所名：	担当者名：
TEL：	FAX：

在宅療養後方支援登録についての説明を受け、長吉総合病院に登録することに同意致します。

年 月 日

患者氏名

代筆者氏名

(続柄)