

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。ただし、当院医師が「入院の必要性がない」と判断した場合は、帰宅していただくことになりますのでご了承ください。

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（地域医療連携・入退院センター）

長吉総合病院で対応できなかった場合に搬送を希望する医療機関

登録希望患者の情報

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：	

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)

在宅療養後方支援患者診療情報提供書（初回）

年 月 日

医療機関名

医師氏名

フリガナ： 患者氏名：	性別：	生年月日：
----------------	-----	-------

主病名：
* 貴院所定の用紙に記入していただいてもかまいません。

既往歴：

治療経過：

処方内容：

アレルギー：

急変時の心肺蘇生：
 希望あり 希望なし

終末期の延命治療：
 希望あり 希望なし

算定項目：
 在宅時医学総合管理料 在宅がん医療総合診療料
 在宅療養指導管理料（在宅自己注射指導管理料を除く）

ADL

移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> ベッド上
栄養	<input type="checkbox"/> 経口	<input type="checkbox"/> 経鼻	<input type="checkbox"/> 胃瘻	<input type="checkbox"/> 腸瘻	
	<input type="checkbox"/> 点滴	（ <input type="checkbox"/> 末梢 <input type="checkbox"/> 中心静脈 ）			
	制限食加工	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	（ <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> トロミ食 <input type="checkbox"/> その他（ ） ）	
排尿	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 尿器	<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル（ Fr ）	
	<input type="checkbox"/> 尿路ストーマ		（ <input type="checkbox"/> 膀胱瘻 <input type="checkbox"/> 腎瘻 <input type="checkbox"/> 回腸導管 <input type="checkbox"/> 尿管皮膚瘻 ）		
排便	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> ポータブル	<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> 人工肛門	
	薬剤使用	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	（ ）	
認知症	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有（ ）			
意思疎通	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可			