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　大阪市平野区長吉長原1-2-34	
TEL：　06-6709-0301（代表）	FAX：　06-6707-8410（地域連携・入退院支援センター）

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：　□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）　□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　　）