【在宅療養後方支援病院　登録申請書】

説明日　令和年月日

説明者

**稲沢市民病院**は**（B）**が在宅療養中に緊急対応が必要になった場合に**（A）**からの連絡に基づき、24時間いつでも診療を行います。

またその際に入院が必要になった場合、**稲沢市民病院**は原則として入院治療を行います。万が一入院治療を行えない場合は適切な医療機関を紹介します。

なお、緊急時の対応をスムーズに行うことを目的として、**稲沢市民病院**と**（A）**が**（B）**の診療情報について情報交換を行います。

**緊急時に受入れを希望する医療機関**

　名　称　　稲沢市民病院

　住　所　　愛知県稲沢市長束町沼100番地

　連絡先　　【平日8:30～17:15】　 地域医療連携室　　0587-33-5021（直通）

　　　　　　【時間外及び休日】 救急受付　　　　　0587-32-2111（代表）

**上記医療機関で対応ができなかった場合に、搬送を希望される医療機関**

1. 2.

**（A）**：在宅医療を担当している医療機関

名　称　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先　　担当医師

**（B）**：入院希望する患者

（フリガナ）（　　　　　　　　　　　　　）

氏　名

生年月日　[ ] M　[ ] T　[ ] S　[ ] H　[ ] R　　年　月　日生

住　所　施設名

連絡先

**下記書類の提出お願いします。**

**・診療情報提供書（貴院所定様式）**

**・患者情報（別紙）**

**確認事項【算定している項目にチェックをお願いします】**

　　[ ] 在宅時医学総合管理料　[ ] 在宅がん医療総合診療料　[ ] 施設入居時医学総合管理料

　　[ ] 在宅療養指導管理料(在宅自己注射指導管理料を除く)

別紙

**【患者情報】**

|  |
| --- |
| **１）介護認定　□申請無し　□要介護（　　　　　）□要介護（　　　　　　）****２）ケアマネ（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）事業所（　　　　　　　　）****３）利用サービス****□訪問看護（事業所名：　　　　　　　）□訪問介護（事業所名：　　　　　　　）　　□訪問診（事業所名：　　　　　　　）　□通所RH（事業所名：　　　　　　　）****□通所介護（事業所名：　　　　　　　）□その他（　　　　　　　　　　　　）****４）医療処置****□補液（　□末梢　□CVポート　）□酸素　（　　　　㍑）□吸痰　　□麻痺（右上肢・下肢左上肢・下肢）****□気管切開（カニューレ種類：　　　　　　　　）****□尿路ストーマ　□消化管ストーマ　□経管栄養（　　　　　　　　　　　　　　　　　）****□褥瘡（薬剤：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）****□その他（　　　　　　　　　　　　）****５）食事****食事制限　□有　□無****むせ　□有　□無****６）移動手段　□独歩（　　　　　　　　　　　　　）□車椅子（　　　　　　　　　　　　）****□ストレッチャー****７）排泄****□膀胱留置カテーテル　□オムツ（　　　　　　　　　　）　□尿器（　　　　　　　　）****８）処方内容：別紙でお願いします。** |