

【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	愛知県稲沢市長東町沼 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

下記書類の提出をお願いします。

- ・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)

【患者情報】

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