

在宅療養後方支援病院への入院希望届出書

説明日 令和 年 月 日

説明者 _____

稲沢厚生病院は、_____さんが在宅療養中に緊急対応が必要になった場合に、_____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となった場合は、原則として当院で入院治療を行います。万一、当院で入院治療が行えない場合は、当院が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、_____と_____さんの診療情報等について情報交換を行います。

在宅医療を担当している医療機関の情報

名称 _____
住所 _____
連絡先 _____ (担当医氏名: _____)

緊急時の受入を希望する医療機関の情報

名称 稲沢厚生病院 _____
住所 愛知県稲沢市祖父江町本甲拾町野7番地 _____
連絡先 0587-97-2131 _____

上記医療機関で対応ができなかった場合に搬送の可能性のある医療機関

1. 稲沢市民病院 2. 一宮市立市民病院 3. 一宮西病院

患者に関する情報

氏名 _____ 生年月日 _____
住所 _____
連絡先 _____
病状等(病名・処方内容・治療方針等をご記入下さい。(別紙添付可)) _____

