

《入院希望登録書》

とちぎメディカルセンターしもつがは、_____さんが在宅療養中に緊急対応が必要となった場合に、_____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ご紹介します。

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_____さんの情報提供等について情報交換を行います。

◆在宅療養を担当している医療機関

名称 _____
 担当医師名 _____
 住所 _____
 連絡先 _____

◆緊急時の受入れを希望する医療機関の情報

名称 とちぎメディカルセンター しもつが
 住所 栃木県栃木市大平町川連 420 番地 1
 連絡先 0282 (22) 2551 (代表)

◆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がある医療機関

1. 獨協医科大学病院 2. 自治医科大学附属病院 3. とちぎメディカルセンターとちのき 4. その他

◆患者さんに関する情報

氏名 _____ (男・女) T・S・H 年 月 日
 住所 _____
 連絡先 1. 氏名 _____ 続柄 _____ TEL: _____
 2. 氏名 _____ 続柄 _____ TEL: _____
 3. 氏名 _____ 続柄 _____ TEL: _____

◆算定している管理料

- C002 在宅時医学総合管理料 C002-2 特定施設入居時医学総合管理料
 C003 在宅がん医療総合診療料 在宅療養指導管理料(C101 在宅自己注射管理料を除く)

※ 病状等につきましては、別紙にて診療情報提供書の添付をお願いいたします。