

【在宅療養後方支援病院 登録申請書 兼 同意書】

説明日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明者 _____

熊谷総合病院は、(B) が在宅療養中に緊急対応が必要となった場合に (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、熊谷総合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、熊谷総合病院と (A) が (B) の診療情報について情報交換を行うことに同意します。

緊急時に受入れを希望する医療機関

名称 熊谷総合病院

住所 〒360-8567 埼玉県熊谷市中西 4-5-1

連絡先 【平日 8:30~17:00】 地域医療連携室 048-525-6779 または 代表電話

【第 1・3・5 土曜日 8:30~12:15】 地域医療連携室 または 代表電話

【時間外及び休診日】 時間外総合受付 048-521-0065 (代)

上記医療機関が対応できなかった場合に搬送を希望する医療機関

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) : 患者さんに関する情報

氏名

生年月日 M T S H 年 月 日生 性別

住所

連絡先

症状等 別紙に記載

算定している管理料

C002 在宅時医学総合管理料 C002-2 特定施設入居時等医学総合管理料

C003 在宅がん医療総合診療料 在宅療養指導管理料 (C101 在宅自己注射指導管理料を除く)