

入院希望届出書

八千代病院は在宅療養後方支援病院の認定を受けており、患者さん（B）が、在宅療養中に緊急対応が必要となった場合、かかりつけ医（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となった場合、八千代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、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、八千代病院とかかりつけ医（A）が患者さん（B）の診療情報等について情報交換を行います。

緊急時の受入を希望する医療機関

名称 八千代病院

住所 〒446-8510 安城市住吉町 2 丁目 2 番 7 号

連絡先 平日（月～金） 8：25～19：00 地域連携課 0120-855-814

土（第 2， 4， 5）8：25～13：00 地域連携課 0120-855-814

休診日および上記時間以外 救急外来受付 0566-97-8111（代）

上記医療機関で対応できなかった場合に搬送の可能性がある医療機関（希望される医療機関）

1 _____ 2 _____

在宅医療を担当しているかかりつけ医療機関（A）

名称 _____

担当医 _____

住所 _____

連絡先 _____

算定している管理料（下記にチェックをお願いします）

- ☐ C002 在宅時医学総合管理料
 ☐ C002-2 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）

患者さんの情報（B）

フリガナ

氏名 _____

生年月日 _____ 性別 _____

住所 _____

連絡先 _____

病状等 _____

（別紙可） _____

上記の説明を受け、入院を希望します。

氏名（自署） _____ ご家族（代筆） _____

説明日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 説明者 _____