

入院希望届

盛岡赤十字病院は、以下の患者さまが在宅療養中に緊急対応が必要になった場合に、2) の医療機関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、貴院と患者さまの診療情報等について情報交換を行います。

令和 年 月 日

1) 患者に関する情報

氏名 _____ ふりがな _____

生年月日 _____ 連絡先 _____

住所 _____

病状等 _____

算定している診療報酬

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

2) 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: _____

3) 緊急時の受入れを希望する医療機関の情報

名称 盛岡赤十字病院

住所 盛岡市三本柳 6-1-1

連絡先 019-637-3111

4) 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. _____ 2. _____

入院希望届

盛岡赤十字病院は、以下の患者さまが在宅療養中に緊急対応が必要になった場合に、2) の医療機関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、貴院と患者さまの診療情報等について情報交換を行います。

令和 年 月 日

1) 患者に関する情報

氏名 : 日赤 花子 ふりがな : にっせき はなこ

生年月日 : 昭和 7 年 7 月 7 日生 連絡先 : 019-637-3313

住所 : 盛岡市三本柳 1-1-1

病状等 : 認知症、廃用症候群

算定している診療報酬

在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料

在宅がん医療総合診療料

在宅療養指導管理料(在宅自己注射管理料を除く)

2) 在宅医療を担当している医療機関の情報

名称 : ○○○クリニック

住所 : 盛岡市○○○

連絡先 : 019-○○○-○○○○ 担当医氏名 : ○○ ○○

3) 緊急時の受入れを希望する医療機関の情報

名称 : 盛岡赤十字病院

住所 : 盛岡市三本柳 6-1-1

連絡先 : 019-637-3111

4) 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. 岩手医科大学附属病院

2. 岩手県立中央病院