（様式20の6）

説明日：　　　　　　　年　　月　　日

説明者：

在宅療養後方支援病院への入院希望届出書

富士宮市立病院では、（患者氏名）　　　　　　　　　　さんが在宅療養中に緊急対応が必要になった場合に、以下の在宅医療を担当している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。万が一、当院で入院治療が行うことができない場合は、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、患者さんの診療情報等については在宅医療を担当している医療機関と情報交換を行います。

１．在宅医療を担当している医療機関名

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 住所 |  |
| 連絡先 | 電話：　　　　－　　　　　　－　　　　　FAX：　　　　－ －　　　　　 | （担当医師名：　　　　　　　　　　　　　） |
| 事前登録日 | 　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |

２．緊急時の受入を希望する医療機関

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 | 富士宮市立病院 |
| 住所 | 〒４１８－００７６富士宮市錦町３番１号 |
| 連絡先 | 電話： ０５４４ － ２７ － ３１５１ （代表）FAX： ０５４４ － ２７ － ３１９２ |
| 連絡部署 | 平日 ８：３０～１７：００　　　地域医療連携室時間外および土日・祝　　　救急外来 |

３．上記２の医療機関が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）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ア） |  | イ） |

４．患者さんに関する情報

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名： |  |
| 生年月日： | 　　　　　　　　年　　　　月　　　　日生 |
| 住所： |  |
| 病状等： |  |

５．確認事項（算定している項目にチェックしてください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □ | 在宅時医学総合管理料 | □ | 在宅がん医療総合診療科 |
| □ | 施設入居時等医学総合管理料 | □ | 在宅療養指導管理料**※** |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※ 在宅自己注射指導管理料は除きます。

令和６年９月 作成