

入院希望に関する届出書

説明日 平成 年 月 日

説明者 _____

赤磐医師会病院はあなたが在宅療養中に緊急対応が必要になった場合に、当院からの連絡に基づき、24時間いつでも診療を行います。その際は必ず届出している旨をお伝えください。また、その際に入院が必要となった場合は、原則として赤磐医師会病院で入院治療を行います。万一、入院治療を行えない場合は、適切な医療機関へ紹介します。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は、岡山大学病院、岡山医療センター等となります。

なお、緊急時の対応をスムーズに行う事を目的として当院とあなたの診療情報等について情報交換を行います。

在宅医療を担当している医療機関

名称 _____

住所 _____

連絡先 _____

緊急時の受入を希望する医療機関

名称 赤磐医師会病院

住所 赤磐市下市187番地1

連絡先 086-955-6688

上記内容について説明を受け、よく理解いたしましたので緊急時の対応を希望します。

患者氏名 _____ (代筆者氏名 _____)

患者に関する情報

ふりがな
氏名 _____ 性別 男・女

生年月日 M・T・S・H 年 月 日

住所 _____ 施設名 _____

連絡先 () _____

該当の管理料 _____

症状等