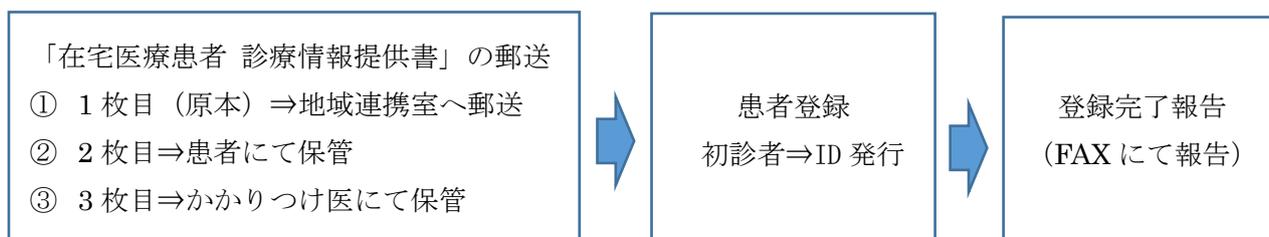


## 在宅療養後方支援病院の入院希望届出の取り扱いについて

在宅医療の提供を受けている患者さんが、緊急時に当院への入院を希望される場合は、「在宅医療患者 診療情報提供書」を用いて患者登録をさせていただきますのでご案内致します。

### ■登録申請の流れ



#### 1. 登録の申請

「在宅医療患者 診療情報提供書」(様式1)に必要な事項をご記入いただき、1枚目の「入院先病院用」を当院地域連携室まで郵送ください。

\*緊急時に当院へ入院を希望される患者さん及びご家族の方に、あらかじめ登録についての説明と同意をいただくようお願い致します。

\*登録する医療機関は1患者1病院のため、申請が重複しないようご案内ください。

\*緊急時等、郵送での診療情報提供が間に合わない場合は、電話でご一報いただいた後、FAXにて情報をお送りください。原本は当院保管となるため、後日郵送をお願い致します。

#### 2. 患者登録

「在宅医療患者 診療情報提供書」が届き次第患者登録を行い、登録の完了をFAX(様式2)にてご報告させていただきます。

#### 3. 情報交換及び情報確認

登録された患者さんにつきましては、後方支援病院との間で3か月に1回以上の情報交換が必要となります。定期的に当院より確認のための診療情報交換用紙(様式3)をFAXさせていただきますので、必要事項を記入の上FAXにてご返信ください。

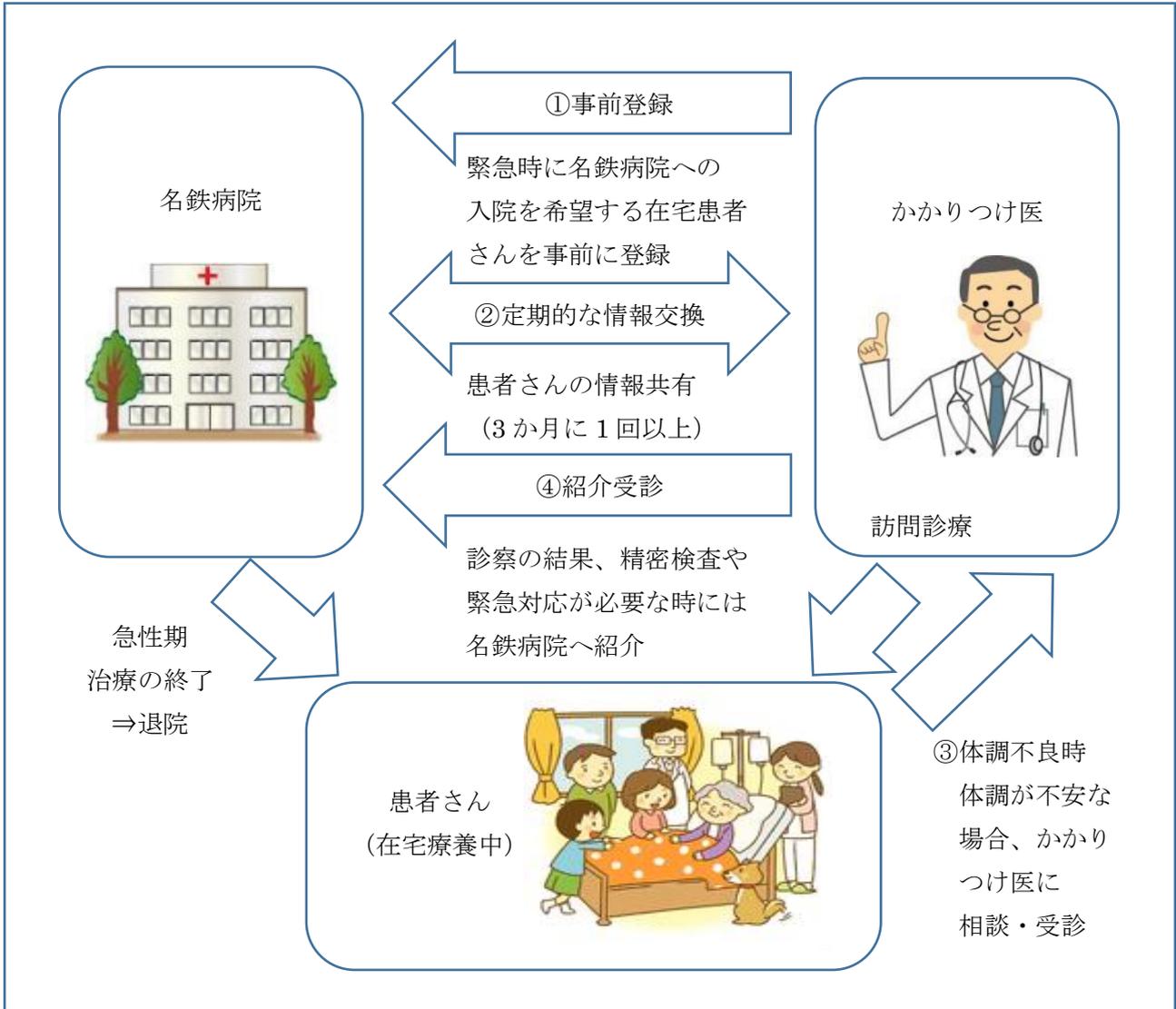
### ■在宅療養支援対象患者に関する連絡・問い合わせ先

平日(8:30~17:00)  
担当: 医療支援センター内 地域医療連携室  
TEL052-586-5755、FAX052-586-5756

休日及び夜間(17:00~8:30)  
担当: 当直看護師  
TEL052-551-6121、FAX052-586-5756

～在宅療養を支えるために～

在宅療養中の患者さんの緊急時には 24 時間迅速に対応し、必要に応じて入院受け入れを行います  
万一、当院での入院治療が行えない場合は、適切な医療機関へ紹介致します。



\*長期療養（社会的入院）を目的とした入院は本システムの対象とはなりません

在宅療養緊急入院加算 (入院初日に算定)	
3割負担の方	7,500円
2割負担の方	5,000円
1割負担の方	2,500円

**お問い合わせ先**  
 平日 (8:30~17:00)  
 名鉄病院 医療支援センター内 地域連携室  
**TEL : 052-586-5755、FAX : 052-586-5756**

# 登録完了報告書

発信日：西暦 ○○○○年○○月○○日

連携医療機関名：

---

担当医氏名：

---

○○ ○○○様 ( ID : )

( 生年月日 : 年 月 日 )

---

上記患者さまを、在宅療養後方支援対象患者として登録させていただきましたのでご報告致します。

1. 「在宅医療患者 診療情報提供書」の複写 1 枚目を患者（家族等）にて、複写 2 枚目を貴院にて保管ください。
2. 緊急時等、郵送での診療情報提供が間に合わない場合は、電話で一報いただいた後、FAXにて情報をお送りください。なお、原本は後日当院地域連携室宛てに郵送くださるようお願い致します。
3. 今後 3 ヶ月に 1 回以上の情報交換が必要となります。定期的に当院より確認のための診療情報交換用紙を FAX させていただきます。必要事項を記入の上 FAXにてご返信ください。

## お問い合わせ先

■平日 (8:30~17:00)

名鉄病院 医療支援センター 地域連携室

TEL : 052-586-5755 FAX : 052-586-5756

■時間外

TEL : 052-551-6121 FAX : 052-586-5756



# 西区医師会 在宅医療患者 診療情報提供書

記載日 年 月 日

患者：.....様	男・女 (M・T・S・H)	年	月	日生)
住所	電話： - -			

・ 第 1) 家族連絡先：.....様 続柄 ( )	住所	電話： - -	携帯： - -
・ 第 2) 家族連絡先：.....様 続柄 ( )	住所	電話： - -	携帯： - -

・ かかりつけ医 ゴム印 ・ 他医療機関の関与 ( 無 ・ 有 )

所在地
医療機関名
医師名
電話
FAX

医療機関名 1 : .....

傷病名 : .....

医療機関名 2 : .....

傷病名 : .....

・ 傷病名 (在宅に至った傷病名番号に○) ・ 介護支援事業所 : .....

発症年月日 電話： - -

1	年	月	日
2	年	月	日
3	年	月	日
4	年	月	日
5	年	月	日
6	年	月	日

・ 既往症 1. ....

2. ....

・ 主たるエピソード

.....

.....

・ 現病歴	・ 現在の処方及び処置
.....	.....
.....	.....
.....	.....

・ 治療計画	.....
.....	.....
.....	.....

・ 在宅療養開始日 年 月 日 他医療機関 ( ) より、自院

・ 介護度：要支援 ( ) 要介護 ( ) 問題行動：無・有 ( )

・ 栄養：経口、経管 (経鼻・胃瘻)、静脈栄養、その他 ( )

・ 感染の有無：HB 抗原 (+・-・不明)、HCV 抗体 (+・-・不明)、MRSA (+・-・不明)、その他 ( )

・ 薬物アレルギー： 無・有 ( ) ・不明

希望入院先病院：.....
---------------

- ・ 患者さんが在宅医療に可能な状態に回復すれば、再びかかりつけ医にて加療させていただきます。
- ・ 希望入院先病院では、在宅療養中に緊急対応が必要となった場合、かかりつけ医からの依頼に基づく、24時間体制での診療、また、その際に入院が必要となった場合の入院治療、万一、入院治療が行えない場合の適切な医療機関への紹介を行います。
- ・ 当情報提供書を他の医療機関へ提示することに同意いたします。

患者もしくは家族署名 続柄 ( ) (かかりつけ医用)

