

説明日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

説明者 \_\_\_\_\_

### 入院希望患者登録用紙（初回）

地方独立行政法人奈良県立病院機構奈良県西和医療センターは、下記患者さんが在宅療養中に緊急対応が必要となった場合に、下記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、当院で入院治療を行えない場合は、当院が適切な医療機関へ紹介致します。

なお、緊急時の対応をスムーズに行うことを目的として下記医療機関と、下記患者さんの診療情報について情報交換を定期的に行います。

#### 医療機関情報（在宅医療担当医療機関）

名称	_____
〒	_____
住所	_____
電話番号	_____
医師名	_____

#### 患者情報

(ふりがな)	_____	性別	男・女	生年月日	_____	年	_____	月	_____	日生	_____
氏名	_____	〒	_____	住所	_____						
電話番号	_____										
病状等	別に診療情報提供書(様式任意)を添付してください。 <u>※ ACPやDNRに関する情報の提供をお願いします。</u> <u>※ 服用中の薬等の詳細が分かる（お薬手帳等）を添付してください。</u>										
算定している管理料	<input type="checkbox"/> C002 在宅時医学総合管理料 <input type="checkbox"/> C002 施設入居時等医学総合管理料 <input type="checkbox"/> C003 在宅がん医療総合診療料 <input type="checkbox"/> 在宅療養指導管理料 (C101在宅自己注射管理料を除く)										

(※必須)奈良県西和医療センターで対応できなかった場合に、搬送を希望される医療機関

① \_\_\_\_\_ ② \_\_\_\_\_ ③ \_\_\_\_\_

地方独立行政法人 奈良県立病院機構 奈良県西和医療センター

〒 636-0802 奈良県生駒郡三郷町三室1-14-16

TEL 0745-32-0505

..... 下記項目は西和医療センターが記入.....

登録日	_____	年	_____	月	_____	日	_____
-----	-------	---	-------	---	-------	---	-------

患者ID	_____
------	-------