

入院希望患者様登録書

説明日 (西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明者 _____

(患者様氏名)

まるがめ医療センターは、_____ (貴院名) さんが在宅療養中に緊急対応が必要になった場合に

_____ 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を紹介します。

なお、緊急時の対応をスムーズに行うことを目的として、貴院様と当該患者様の診療情報について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の情報(貴院)

名称 _____

住所 _____

電話番号(自宅) _____

電話番号(携帯等) _____

担当医師 _____

② 緊急時の受入を希望する医療機関の情報

名称 医療法人社団重仁 まるがめ医療センター

住所 香川県丸亀市津森町219番地

電話番号 0877-23-5850(地域医療連携室) 平日 8:30~17:30
0877-23-5555(代表) 土曜日 8:30~12:30
上記時間以外および日曜・祝日

③ まるがめ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がありましたらご記入ください。

④ 患者様に関する情報

フリガナ _____

氏名 _____

生年月日 M・T・S・H 年 月 日生 性別 (男 ・ 女)

住所 _____

電話番号(自宅) _____

電話番号(携帯等) _____

【症状等】 病名・処方内容・治療方針等につきましては、別に診療情報提供書の添付をお願いします。

算定している管理料にチェックしてください

C002 在宅時医学総合管理料

C002-2 特定施設居宅時医学総合管理料

C003 在宅がん医療総合診療料

在宅療養指導管理料(C101在宅自己注射指導管理料を除く)

在宅療養後方支援病院(まるがめ医療センター)説明兼同意書

① 在宅療養後方支援病院の目的

丸亀市とその周辺地域で在宅療養をされている患者様やご家族が安心して療養生活を続けることが出来るように、入院が必要になった場合の病院をあらかじめ決めておき、スムーズな入院を実現する制度です。

② 定期的な情報交換の実施

定期的にもるがめ医療センターと在宅医療担当医(かかりつけ医)が、3ヶ月に1回程度情報交換することで、突然の入院対応にも安心して対応できるようにします。

③ 個人情報使用にあたっての条件

個人情報の提供は、前述した目的の範囲内で必要最小限にとどめ、情報提供の際は関係者以外には決して漏れることの無いように細心の注意を払います。

在宅医療で管理する本人及びご家族の個人情報は、個人情報保護法に基づき適切に管理します。

④ その他の注意事項

1人の患者様が、複数の在宅療養後方支援病院に登録することはできません。

在宅療養後方支援事業について、説明者から内容の説明を受けました。

在宅療養後方支援病院(まるがめ医療センター)に登録されることに同意します。

年 月 日

患者様

住所

氏名

印

患者様家族の代表者

住所

氏名

印