

緊急時診療希望票

米盛病院は _____ 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、 _____ と
_____ さん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の情報》

医療機関名	
住所	
連絡先	
担当医師名	
※算定している項目にチェックをお願いします。	
<input type="checkbox"/> 在宅時医療総合管理料	<input type="checkbox"/> 在宅がん医療総合診療料
<input type="checkbox"/> 特定施設入居時等医学総合管理料	<input type="checkbox"/> 在宅療養指導管理料(在宅自己注射指導管理料を除く)

《緊急時の受入を希望する医療機関の情報》

医療機関名	社会医療法人緑泉会 米盛病院
住所	〒890-0062 鹿児島市与次郎一丁目7番1号
連絡先	(救急ダイヤル)#7099 または 099-230-0199 (代表TEL)099-230-0100 / 地域連携相談室TEL)099-230-0118

《上記医療機関で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》

※ 希望される医療機関がありましたらご記入ください。

1.	2.
----	----

《患者様についての情報》

フリガナ		性別	生年月日
患者様氏名		男・女	明・大・昭・平 年 月 日
住所			
連絡先			
病状等(病名・処方・治療方針など)			