

緊急時診療希望 定期確認票

謹啓 時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

早速ですが、当院へ在宅療養後方支援病院としてご登録頂いている患者様について、ご意向や登録情報に変更がないか確認をさせて頂きたく存じます。

つきましては必要事項をご記入のうえ、ご返信頂ければ幸いです。

お忙しいところ恐縮ですが、ご協力をお願いいたします。

《在宅医療を担当している医療機関の情報》 ※ 変更ある場合のみ、右側へご記入ください。

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	継続して後方支援病院として <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
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 (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》

※ 変更ある場合のみ、右側へご記入ください。

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)			
<input type="checkbox"/> 前回情報提供時と変更なし、特記事項なし <input type="checkbox"/> 変更あり(下記詳細をお願いいたします)			

(ご記入日) 令和 年 月 日

返信先Fax : (米盛病院 地域連携相談室) 099-230-0125 (ご担当者)