

入院希望届出書 (初回)

説明日：令和 ○年 ○月 ○日

説明者：○○ ○○(医師名)

北九州市立八幡病院は、△△ △△(患者名)様が在宅療養中に緊急対応が必要になった場合に、□□□医院(医療機関名)からのご連絡に基づき、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、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、△△ △△(患者名)様の診療情報等について □□□医院(医療機関名)と情報交換を行います。

在宅医療を担当している医療機関

名称：□□□医院(医療機関名)
所在地：北九州市八幡東区○○一丁目2番3号
連絡先：TEL 093-765-4320 FAX 093-765-4321
担当医：○○ ○○(医師名)

緊急時の受入を希望する医療機関

名称：北九州市立八幡病院
所在地：〒805-8534 北九州市八幡東区尾倉二丁目6番2号
連絡先：TEL 093-662-0990 (直通) FAX 093-662-1909 (地域医療連携室)

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

\*必要時に記載

患者様に関する情報 ※患者様の情報をご記入ください。

フリガナ

氏名：男・女 T・S・H・R 年 月 日生 歳

住所：

連絡先：

病状等：

※下欄の「登録日」と「患者ID」は当院で記入します。

登録日 年 月 日

患者ID