

入院希望登録患者用紙(初回)

説明日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明者： _____

社会福祉法人恩賜財団済生会中和病院は、^{患者氏名} _____ さんが在宅療養中に緊急
 対応が必要になった場合に、^{貴院名} _____ 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^{貴院名} _____
 と ^{患者氏名} _____ 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

名称 _____
 住所 _____
 連絡先 _____ (担当医師名: _____)

緊急時の受入を希望する医療機関の情報

名称 _____ 社会福祉法人恩賜財団済生会中和病院
 住所 _____ 奈良県桜井市大字阿部323
 連絡先 _____ 0744-43-5001(代表)

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

_____ 奈良県立医科大学附属病院 ・ 天理よろづ相談所病院 ・ 高井病院
 その他(_____)

患者に関する情報

フリガナ _____
 氏名 _____ 男・女 M・T・S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日 生
 住所 〒 _____
 _____ 連絡先 _____

病状、希望しない処置、予見できる病態等 ※IDリンク参照

保険情報	保険者番号	記号	_____	番号	_____
	被保険者氏名	_____	区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	負担割合	<input type="checkbox"/> 0割 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割
	有効期間	_____ ~ _____	備考	_____		
	公費負担者番号	公費受給者番号	_____	
	有効期間	_____ ~ _____	備考	_____		