様式 20 の 6

No,

入 院 希 望 の 届 出

＊当院のIDになります。

説 明 日 ：平成　　年　　月　　日

患者 ID ：

説明者名 ：

医療法人誠人会　与田病院は、＿＿＿＿＿＿＿＿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

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 ：　医療法人誠人会　与田病院

住　　所 ：　大阪府泉南郡岬町多奈川谷川　1849-11

連絡先 ：　072-495-0801（代）　　（担当医師名：）赤井　　俊洋

（地域連携室）　内線　17

＊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

患者に関する情報

ﾌﾘｶﾞﾅ ：

氏　　名 ：　　男・女　M・T・S・H　　年　　月　　日 生

住　　所 ：

連絡先 ：　TEL ①　　TEL ②

症状等