《在宅療養後方支援病院　登録申請書》

説明日　令和　　年　　月　　日

説明者

**西日本病院**は**（B）**が在宅療養中に緊急対応が必要になった場合に**（A）**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になった場合、**西日本病院**は原則として入院治療を行います。万が一入院治療を行えない場合は適切な医療機関を紹介します。

なお、緊急時の対応をスムーズに行うことを目的として、**西日本病院**と**（A）**が**（B）**の診療情報について情報交換を行います。

**緊急時に受入れを希望する医療機関**

　名　称　　西日本病院

　住　所　　熊本県熊本市東区八反田3丁目20番1号

　連絡先　　【平日8:30～17:15】　　地域医療連携室　　　　　　096-380-0531（直通）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　外来師長　　　　　　　　　096-380-1111（内線114）

　　　　　　【時間外及び休日】 救急受付　　　　　　　　　096-380-1111（代表）

**上記医療機関で対応ができなかった場合に、搬送を希望される医療機関**

1. 2.

**（A）**：在宅医療を担当している医療機関

名　称　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先　　担当医師

**（B）**：入院希望する患者

（フリガナ）（　　　　　　　　　　　　　）

氏　名

生年月日　☐M　☐T　☐S　☐H　☐R　　年　月　日生

住　所　施設名

連絡先

**下記書類の提出お願いします。**

**・診療情報提供書（貴院所定様式）**

**確認事項【算定している項目にチェックをお願いします】**

☐在宅時医学総合管理料　　　　　☐在宅がん医療総合診療料

☐施設入居時医学総合管理料　　　☐在宅療養指導管理料(在宅自己注射指導管理料を除く)

『在宅療養後方支援病院の説明』及び『登録同意書』

**🔷　在宅療養後方支援病院の目的**

　　　在宅療養中の患者様が緊急状態となった場合「在宅療養後方支援病院」と在宅療養担当医が連携をとることで、24時間迅速に対応し、必要に応じて入院治療を行います。

　　　 また、万が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をご紹介します。

**🔷　定期的な情報交換の実施**

　　　 定期的に西日本病院とかかりつけ医が、3ヶ月に1回程度の情報交換をおこないます。

　　　 急な入院にも安心して入院ができるように対応します。

**🔷　個人情報の取り扱い**

　　　 個人情報の提供は、目的の範囲以内で必要最小限にとどめ、情報提供の際は関係者以外に

　　　　 漏れることのないように細心の注意を払います。

　　　　 在宅医療で管理する本人及びご家族の個人情報は、個人情報保護法に基づき適切に管理しま

　　　　 す。

**🔷　登録に際しての確認事項**

　　　　 一人の患者様が複数の在宅療養後方支援病院に登録することはできません。

『登録同意書』

　　　　　在宅療養後方支援病院について、説明を受けました。

　　　　　西日本病院に登録することを同意します。

　　　年　　　月　　　日

　　　　【説明者】

氏　名：

【患　者】

氏　名：

住　所：

【親族・代理人氏名】

氏　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　　　）

住　所：