

【在宅療養後方支援病院（東海中央病院）患者登録書】

説明日 年 月 日

説明者

(患者様氏名)

東海中央病院は、
(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になった場合は、原則として当院で入院治療を行います。万が一、当院で入院治療を行えない場合は、当院が適切な医療機関を紹介します。

(貴院名)

なお、緊急時の対応をスムーズに行うことを目的として、
(患者様氏名)

さんの診療情報等について情報交換を行います。

① 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：)

② 緊急時に受入れを希望する医療機関の情報

名 称： 公立学校共済組合 東 海 中 央 病 院

住 所： 〒504-8601 岐阜県各務原市蘇原東島町4-6-2

連絡先： 【平日8:30-17:15】メディカルサポートセンター TEL 058-382-2251

【時間外・休日】事務当直（時間外受付） TEL 058-382-3101

③ 東海中央病院で対応できなかった場合に、搬送希望される医療機関がありましたらご記入下さい。

1 2

④ 患者様に関する情報

氏 名： M・T・S・H 年 月 日生

住 所：

入所施設名 ()

緊急連絡先： — (氏名： 続柄：)

ケアマネジャー： (要介護度：)

【病名・症状】

☐別紙添付

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

☐施設入居時等医学総合管理料 ☐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（東海中央病院）説明兼登録同意書

●在宅療養後方支援病院の目的

各務原市及びその周辺地域で在宅療養をされている患者様やご家族が安心して療養生活が続けることができるように、入院が必要になった場合の病院をあらかじめ決めておき、スムーズな入院を実現する制度です。

●定期的な情報交換の実施

定期的に東海中央病院とかかりつけ医が、3ヶ月に1回程度情報交換することで、突然の入院対応にも安心して対応できるようにします。

●個人情報使用にあたっての条件

個人情報の提供は、前述した目的の範囲内で必要最小限にとどめ、情報提供の際は関係者以外には決して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。

●その他の注意事項

1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。

在宅療養後方支援病院事業について、説明者から内容の説明を受けました。

在宅療養後方支援病院（東海中央病院）に登録されることに同意します。

令和 年 月 日

● 患 者

住 所 _____

氏 名 _____

連 絡 先 _____

● 患者家族の代表者

住 所 _____

氏名(続柄) _____ ()

連 絡 先 _____

注) 自署または押印をお願いします

公立学校共済組合 東海中央病院