

在宅療養後方支援病院 登録票

医療法人札幌山の上病院は、\_\_\_\_\_様が在宅療養中に緊急対応が必要になった場合に24時間いつでも診療を行います。

原則、当院での入院治療を行います。万が一、当院での治療が難しい場合には、適切な医療機関をご紹介します。

また緊急時のスムーズな対応のために、患者さまの診療情報を情報交換することにご了承ください。

同意する

患者氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_ 連絡先 \_\_\_\_\_

在宅医療担当機関

名称 \_\_\_\_\_ 担当医師 \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_  
連絡先 TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

緊急時の入院を希望する医療機関

名称 医療法人札幌山の上病院  
住所 札幌市西区山の手6条9丁目1-1  
連絡先 011-621-1200 FAX 011-640

上記の医療機関で対応ができなかった場合、希望する搬送医療機関

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

病状など（別紙添付可）

確認事項（算定している項目）

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 在宅時医学総合管理料    | <input type="checkbox"/> 在宅がん医療総合診療科 |
| <input type="checkbox"/> 施設入居時等医学総合管理料 | <input type="checkbox"/> 在宅療養指導管理料   |
- （在宅自己注射指導管理料を除く）