

在宅療養後方支援 入院希望登録書

下記の患者の「入院希望届出書」を受理し、登録をいたしました。

登録日	令和 年 月 日
氏名	

- 「入院希望届出書」の原本は貴院で保管し、コピーを患者さんに渡してください。
当院では診療情報提供書をスキャンし、カルテのコメント欄に「在宅療養後方支援登録」と入力し、誰でもわかるようにしておきます。
- 3か月に1回、最新の患者情報を確認するため、「診療情報確認書」を当院からFAXします。同用紙に記入後、返信をお願いいたします。
- 当院に診療（入院を含む）を依頼する場合は、下記に連絡するようお願いいたします。
はじめに、「在宅療養後方支援登録患者」であることをお伝えください。

<平日 (8:15~17:00)>

<時間外・休日>

連携医療機関	
① 電話 ② 診療情報提供書 FAX	① 電話 ② 可能なら診療情報提供書 FAX
地域医療支援センター TEL : 0172-52-2121 (代表) FAX : 0172-59-1631 (地域医療支援センター)	救急外来看護師 TEL : 0172-52-2121 (代表) FAX : 0172-53-2199 (守衛室)

お問合せ先	黒石市国民健康保険黒石病院 地域医療支援センター 〒036-0541 青森県黒石市北美町一丁目 70 TEL : 0172-52-2121 FAX : 0172-59-1631
-------	--