

入院希望届出書 (初回)

説明日： _____ 年 月 日

説明者： _____

北九州市立八幡病院は、 _____ 様が在宅療養中に緊急対応が必要になった場合に、 _____ 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 _____ 様の診療情報等について _____ と情報交換を行います。

在宅医療を担当している医療機関

名称： _____

住所： _____

連絡先： TEL _____ FAX _____

担当医： _____

緊急時の受入を希望する医療機関

名称： 北九州市立八幡病院 _____

住所： 〒805-8534 北九州市八幡東区西本町四丁目18番1号 _____

連絡先： TEL (093)662-6565 (代表) FAX (093)662-1909 (医療連携室) _____

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

*必要時に記載 _____

患者様に関する情報

フリガナ

氏名： _____ 男・女 M・T・S・H _____ 年 月 日生 _____ 歳

住所： _____

連絡先： _____

病状等： _____

登録日 平成 _____ 年 月 日

患者 ID _____