

FAX : 0176 - 51 - 1375 (地域医療連携室)

平成 年 月 日

在宅療養後方支援 入院希望届出書

三沢市立三沢病院は、患者（ ）さんが在宅療養中に緊急対応が必要になった場合に

1. 在宅医療を担当している医療機関の連絡に基づき、24時間いつでも診療を行います。
2. 入院が必要になった場合、原則として当院で入院治療を行います。当院で入院治療が行えない場合は、適切な医療機関へ紹介します。

*なお、緊急時速やかに対応するために、在宅医療を担当している医療機関から患者さんの診療情報を得ておきます。

*三沢市立三沢病院で対応ができなかった場合、搬送希望される医療機関
必要時記載 _____

【在宅医療を担当している医療機関】

名称	
住所	〒
TEL	
説明医師	
説明月日	

【緊急時の受け入れを希望する医療機関】

名称	三沢市立三沢病院
住所	〒033-0022 三沢市大字三沢字堀口 164-65
TEL	0176-53-2161 (代表)

【患者情報】

氏名	ふりがな ()
生年月日	
住所	*施設の場合 ()
連絡先	
同意者	続柄 ()

【病名・症状】 *貴院の診療情報提供書を添付してください。

連携医療機関は、本状を FAX 後、原本を保管し、コピーを患者に渡す。