

令和 年 月 日

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ヶ月に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
↓	↓
外来診療科	救急外来看護師
TEL：0176-53-2161（代表）	TEL：0176-53-2161（代表）内線（7702）
FAX：0176-51-1375（地域医療連携室）	FAX：52-5355（事務当直）

お問い合わせ先	三沢市立三沢病院 地域医療連携室	
	〒033-0022	青森県三沢市大字三沢字堀口 164-65
	TEL/FAX	0176-51-1375