

ご入院の希望届出用紙

説明日 _____

説明者 _____

千住病院（当院）は、 _____ 様が在宅療養中に緊急対応が必要になった場合に、（ _____ 医院）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、当院で治療が行えない場合は、当院が適切な医療機関を紹介いたします。

なお、緊急時の対応をスムーズに行うことを目的として、（ _____ 医院）と _____ 様の診療情報等について情報交換を行います。

在宅医療を担当している医療機関の情報

名称 _____

住所 _____

連絡先 _____（担当医氏名： _____）

緊急時の受け入れを希望する医療機関の情報

名称 特定医療法人 雄博会 千住病院 _____

住所 〒857-0026 佐世保市宮地町5番5号 _____

連絡先 電話：0956-24-1010 FAX：0956-23-1021 _____

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のある医療機関

1. 佐世保市立総合医療センター _____ 2. 長崎労災病院 _____

患者様に関する情報

氏名 _____

住所 _____

連絡先 _____

病状等