

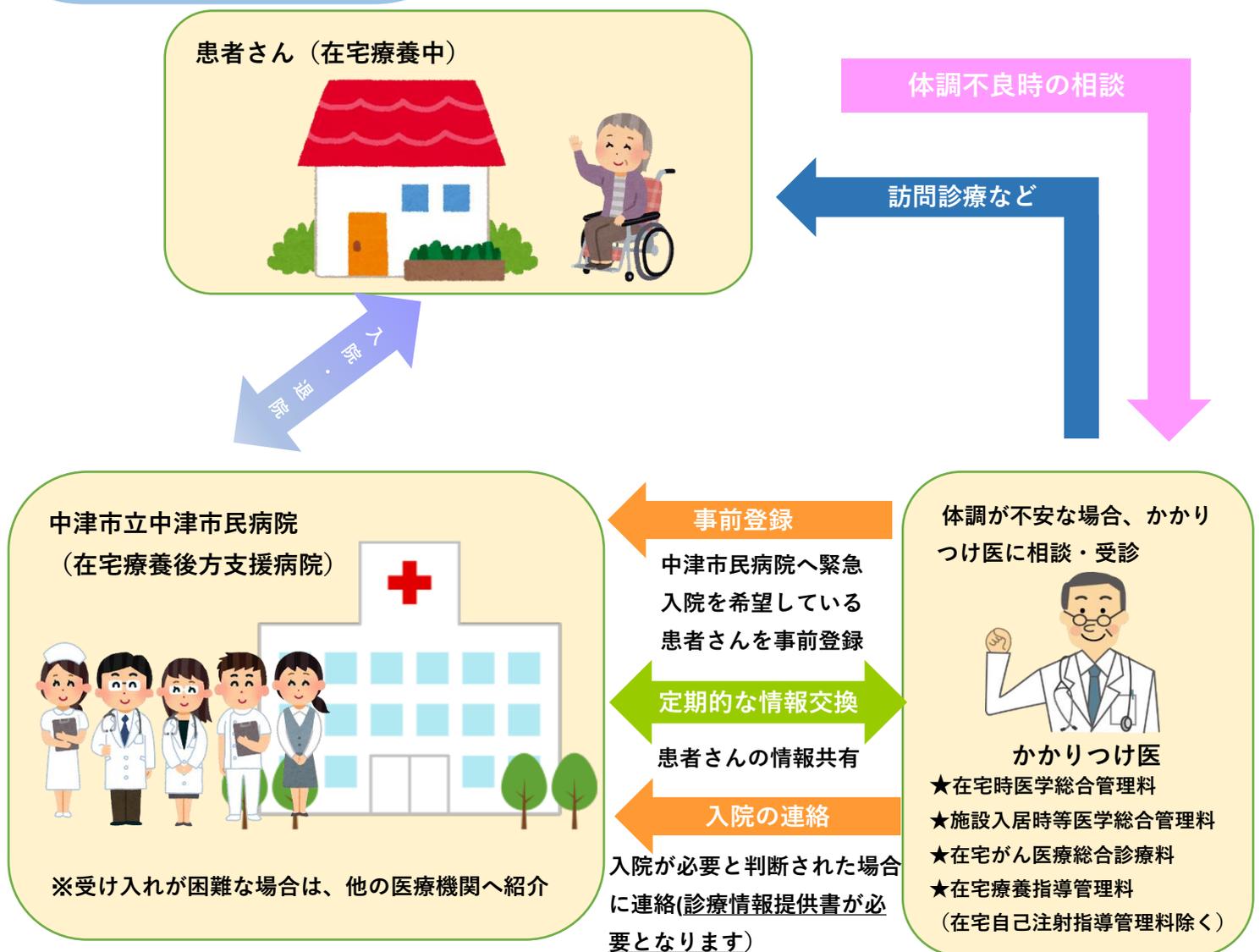
中津市立中津市民病院「在宅療養後方支援病院」のご案内

当院ではクリニックの先生方が在宅加療されている患者さんで、急性期医療を必要とする場合は、入院を含め24時間対応をいたします。なお、やむを得ず当院で入院加療が行えない場合は、当院から他の医療機関への紹介をいたします。

対象患者

ご自宅や施設（養護老人ホーム・軽費老人ホーム・特別養護老人ホーム・有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅・認知症対応型共同生活介護事業所）にお住まいの方で、かかりつけ医の先生により訪問診療等（下図かかりつけ医にて★印の管理料・診療料を算定されている方）を受けられている方

制度利用の流れ



当院を「入院希望先」として登録希望される場合は、かかりつけ医にご相談ください。

問い合わせ先

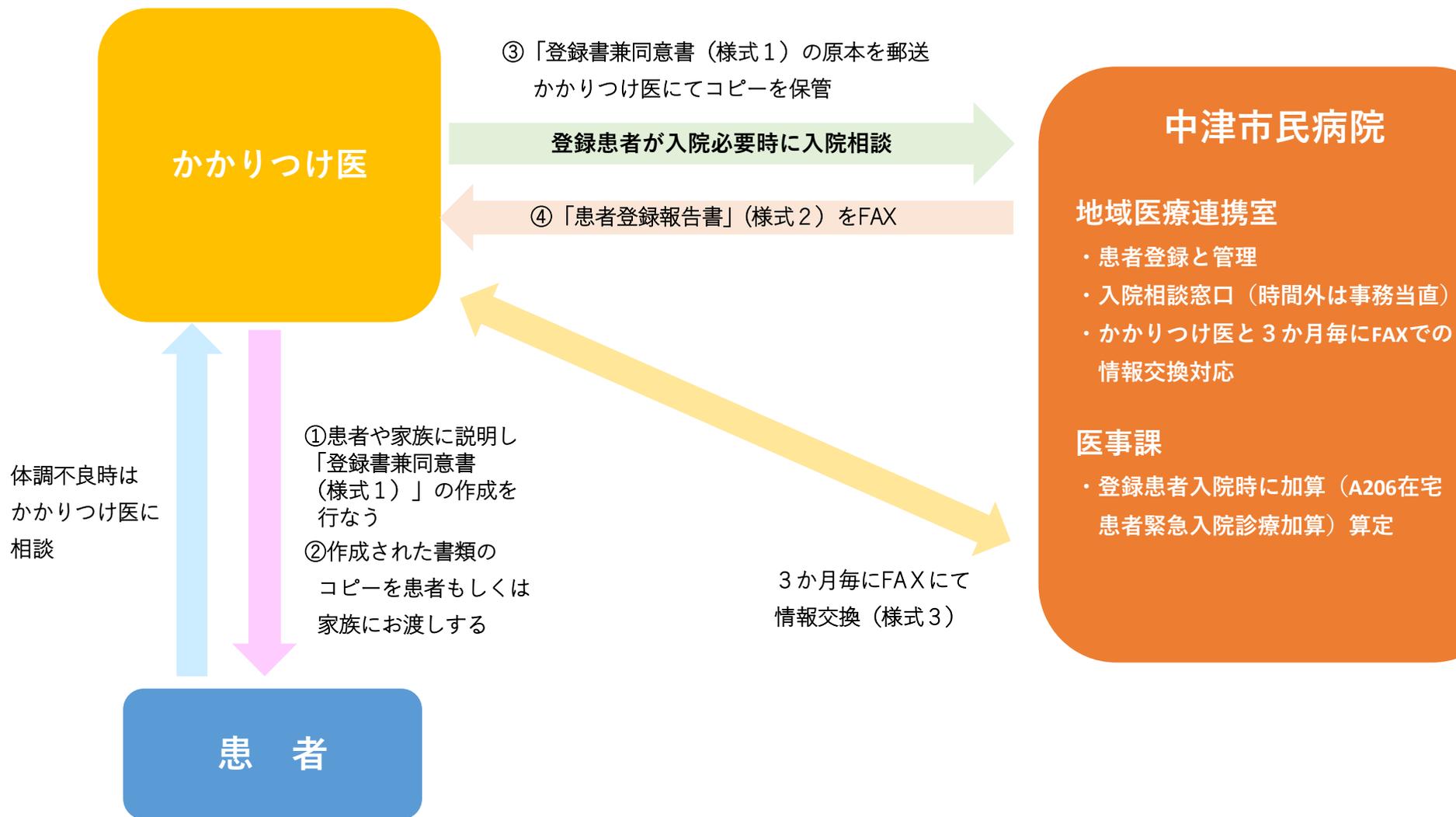
中津市立中津市民病院 相談支援センター 地域医療連携室

平日 8:30~17:00

TEL 0979-22-2836

FAX 0979-22-2448

在宅療養後方支援病院 対応フロー図



【在宅療養後方支援病院（中津市立中津市民病院）患者登録書】（様式1-1）

説明日 令和 年 月 日

説明者

所属

中津市立中津市民病院は「在宅療養後方支援病院」です。

在宅療養後方支援病院とは、患者様が安心して在宅療養を過ごすために「緊急時の入院希望病院」を予め決めて登録しておきます。登録いただいた患者様の緊急時には、在宅医療機関からの連絡に基づき24時間365日診療を行います。その際に入院加療が必要と判断した場合には、原則当院で入院治療を行います。万一、当院での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。また在宅医療機関と定期的に診療情報等の情報交換を行い、連携しながら地域で安心して在宅生活が過ごせるよう支援していきます。

① 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 _____ (担当医師)

② 緊急時の受入れを希望する医療機関の情報

名称 中津市立中津市民病院 住所 〒871-8511 大分県中津市大字下池永173番地
連絡先 【平日8:30~17:00】 地域医療連携室 TEL 0979-22-2836
【 時間外・休日 】 事務当直（時間外受付） TEL 0979-22-2480

③ 患者様に関する情報

ふりがな _____
氏名 _____ 生年月日： 年 月 日生
住所 _____ 自宅・施設名（ _____ ）
連絡先 _____

【病状・内服情報について】

診療情報提供書の添付をお願いいたします。

④ ご家族に関する情報

氏名 _____ 続柄（ _____ ）
連絡先 _____

⑤ 確認事項【貴院にて当該患者様に算定している項目にチェックをお願いします】

- 在宅時医学総合管理料 在宅がん医療総合診療料
 施設入居時等医学総合管理料 在宅療養指導管理料（在宅自己注射指導管理料を除く）

登録日： 年 月 日 登録 No. _____

中津市立中津市民病院

在宅療養後方支援病院登録報告書

令和 年 月 日

医療機関名

かかりつけ医 様

中津市立中津市民病院
院長 折田 博之
(公 印 省 略)

先日送付いただきました「在宅療養後方支援病院患者登録書及び同意書」について、下記のとおり登録しておりますので報告いたします。

フリガナ		性別	
患者氏名			
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日		
登録日	令和 年 月 日		
登録番号	No.		
通信欄			

- ※ 今後3か月毎にFAXにて診療情報を交換させていただきます。期日が近くなりましたら当院よりご案内させていただきます。
- ※ 登録患者に入院が必要となった場合は、かかりつけ医より当院へご連絡ください。その際は診療情報提供書が必要となります。
- ※ ご不明の点がありましたら、相談支援センター地域医療連携室までご連絡ください。

相談支援センター地域医療連携室
TEL : 0979-22-2836
FAX : 0979-22-2448

診療情報交換用紙 (登録患者様専用)

在宅医療機関名

在宅療養後方支援病院

ご担当医師名 先生

中津市立中津市民病院

地域医療連携室

TEL : 0979-22-2836 (直通)

FAX : 0979-22-2448 (直通)

1 登録患者様

氏名	生年月日	ID番号	登録No.
(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	

* 3か月に1回、診療情報を交換させていただきます。期限が近くなりましたら、ご案内させていただきますので下記記入後、返信対応いただきますよう、よろしくお願いいたします。

* ID番号は当院のID番号です。

2 診療情報

※ 貴院所定の診療情報提供書の様式を添付していただいても構いません。

病名・処方内容・治療方針・当院への入院希望意思に変更がある場合にご記入ください。

- 入院希望登録時の届出内容に変更はありません。(チェックのみして頂きFAX送付して下さい)
- 入院希望登録時の届出内容に変更があります。(住所移転等)
- 入院希望登録時の届出内容(診療内容等)に変更があります。(下記のとおり変更しました)
↓ 変更内容等をご記入ください。

確認事項【当該患者様に現在算定している項目にチェックをお願いします】

- 在宅時医学総合管理料
- 在宅がん医療総合診療料
- 施設入居時等医学総合管理料
- 在宅療養指導管理料(在宅自己注射指導管理料を除く)

上記ご記入して頂きましたら中津市民病院地域医療連携室へFAX送付して下さい