

〈在宅療養あんしん病床登録事業 患者登録申請書兼承諾書〉

《本人(又は代理人)記入欄》

(記入日) 平成 年 月 日

私、(患者本人署名) _____ 印 は、在宅療養中に入院療養(検査含む)が必要となった場合
 (かかりつけ医師名) _____ からの連絡に基づき、スムーズに病院等で受診できるよう、次の
 医療機関に登録を申請します。なお、登録にあたり、下記の医療情報を希望医療機関及び在宅療養あんしん病床登録
 事務局(岐阜県医師会)に提供される事を同意します。

(代理人署名) _____ 印 電話番号 _____

《かかりつけ医 記入欄》

かかりつけ医 医療機関名	担当医師名	印
〒 _____	電話番号	_____
住所		
○患者さんに関する情報		
ふりがな	生年月日 (大正・昭和・平成)	年 月 日
氏名	性別 (男 ・ 女)	
〒 _____	電話番号	_____
住所		
特別な医療処置内容(過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)		
<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)		
・日常生活自立度(寝たきり度)		・認知症高齢者の日常生活自立度
<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
<input type="checkbox"/> あんしん病床登録後、受入医療機関が希望した場合、患者基本情報提供書を送付いたします。(←承諾いただければチェック)		
コード	第一希望の医療機関名	コード
		第二希望の医療機関名

※ (様式1-2)の受入医療機関一覧から選択してください。第一希望の記入だけでも構いません。

《受入協力医療機関 記入欄》

登録患者が入院が必要になった場合、当院にて入院治療を受け入れます。
 緊急時の対応をスムーズに行うことを目的とし、患者の診療情報について情報交換を行います。

受付日	平成 年 月 日
医療機関名	
院長名	印
担当者名	(電話番号) _____ (部署名)