

## 〈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) 令和 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<br>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"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <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   | 令和 年 月 日           |
| 医療機関名 |                    |
| 院長名   | 印                  |
| 担当者名  | (電話番号) _____ (部署名) |