

【入院希望患者登録用紙】

市立大村市民病院は、_____さんが在宅療養に緊急対応が必要となった場合に
_____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
入院治療が行えない場合は、当院が入院可能な医療機関を紹介します。

なお、緊急時の対応をスムーズに行うことを目的に_____と
_____さんの診療情報の交換を3か月毎に行います。

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緊急時の患者受け入れをする医療機関の情報

名 称 公益社団法人地域医療振興協会 市立大村市民病院

住 所 〒856-8561 長崎県大村市古賀島町133-22

連絡先 (平日時間内) 0957-52-1800 (連携室) FAX 0120-378-375 (連携室)
(時間外: 17時15分以降) 救急外来直通番号 080-1706-0119

③患者様に関する情報

フリガナ

氏 名 ☐男 ☐女 生年月日 年 月 日

住 所

連 絡 先

【症状等】病名・処方内容、治療方針・内容 等をご記入下さい。

※症状等の記入が書ききれない場合は、他の用紙を用いても構いません。

④確認事項

☐①在宅時医学総合管理料

☐③在宅がん医療総合診療料

☐②施設入居時等医学総合管理料

☐④在宅療養指導管理料 (在宅自己注射指導管理料を除く)

説明日 令和 7 年 6 月 5 日

【入院希望患者登録用紙】

市立大村市民病院は、大村 花子さんが在宅療養に緊急対応が必要となった場合に
古賀島クリニック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
入院治療が行えない場合は、当院が入院可能な医療機関を紹介します。

なお、緊急時の対応をスムーズに行うことを目的に古賀島クリニックと
大村 花子さんの診療情報の交換を3か月毎に行います。

① 在宅医療を担当している医療機関の情報

名 称 古賀島クリニック
住 所 大村市古賀島町〇〇-△△
連絡先 0957-52-ABCD (担当医師 古賀島 太郎)

② 緊急時の患者受け入れをする医療機関の情報

名 称 公益社団法人地域医療振興協会 市立大村市民病院
住 所 〒856-8561 長崎県大村市古賀島町133-22
連絡先 (平日時間内) 0957-52-1800 (連携室) FAX 0120-378-375 (連携室)
(時間外: 17時15分以降) 救急外来直通番号 080-1706-0119

③ 患者様に関する情報

フリガナ オオムラ ハナコ
氏 名 大村 花子 ☐男 ☒女 生年月日 昭和12年12月12日
住 所 大村市古賀島町□□-〇〇
連 絡 先 090-1234-ABCD

【症状等】病名・処方内容、治療方針・内容 等をご記入下さい。

#混合型認知症、#脳アミロイドアンギオパチー

R6.06 A医療センターにて認知症、脳アミロイドアンギオパチーの診断

R6.10 BPSD(暴言、大声、不眠、介護拒否)増悪のためB病院入院

R7.05 B病院退院、在宅復帰。当院にて訪問診療開始

※症状等の記入が書ききれない場合は、他の用紙を用いても構いません。

④ 確認事項

- ☒①在宅時医学総管理料 ☐③在宅がん医療総合診療料
☐②施設入居時等医学総管理料 ☐④在宅療養指導管理料(在宅自己注射指導管理料を除く)