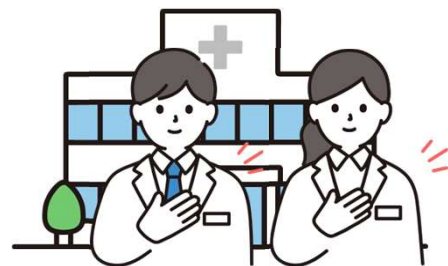


在宅療養後方支援病院 入院希望患者登録のご案内



～在宅療養中の患者さんを24時間365日サポートします～

■ 概要

在宅療養後方支援病院とは在宅療養中の患者さんの情報をあらかじめ登録いただくことで、患者さんが急変した際に、市立大村市民病院が緊急入院を円滑に受け入れる制度です。

■ このような患者さんにおすすめです

- ✓ 在宅医療を受けている高齢患者
- ✓ 緊急入院の可能性がある患者
- ✓ 在宅療養を継続したい患者
- ✓ ご家族の不安が強い患者



※在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料、在宅療養指導管理料（自己注射を除く）のいずれかを算定している必要があります。

■ 登録方法

- ① 必要書類を準備「入院希望患者登録用紙」「説明・登録同意書」
- ② 地域連携・患者支援センターへFAX（0120-378-375）
- ③ 登録完了をFAXでご報告

※登録後は3か月ごとに登録内容の確認を行います。

■ 緊急時の流れ

- ① かかりつけ医から市立大村市民病院へ電話連絡
- ② 「在宅療養後方支援病院登録患者」であることをお伝えください
- ③ 診療情報提供書をFAXでご送信ください

■ 問い合わせ先

市立大村市民病院 地域連携・患者支援センター
TEL：0957-52-1800 FAX：0120-378-375

【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)

公益社団法人地域医療振興協会 市立大村市民病院
「在宅療養後方支援病院の説明」及び「登録同意書」

●在宅療養後方支援病院の目的

在宅療養中の患者様が緊急状態となった場合「在宅療養後方支援病院」と在宅療養担当医が連携をとることで、24 時間迅速に対応し、必要に応じて入院治療を行います。

また、万が一当院で入院治療が行えない場合は、当院が適切な医療機関をご紹介します。

●定期的な情報交換の実施

定期的に市立大村市民病院とかかりつけ医が、3 ヶ月に 1 回程度の情報交換を行います。急な入院にも安心して入院ができるように対応します。

●個人情報の取り扱い

個人情報の提供は、目的の範囲内で必要最小限にとどめ、情報提供の際は関係者以外に漏れることのないように細心の注意を払います。

在宅医療で管理する本人及びご家族の個人情報は、個人情報保護法に基づき適切に管理します。

●登録に際しての確認事項

一人の患者様が複数の在宅療養後方支援病院に登録することはできません。

「登録同意書」

在宅療養後方支援病院について、説明を受けました。

市立大村市民病院に登録することを同意します。 年 月 日

【説明者】

氏名： _____

【患者】

氏名： _____ 印

住所： _____

【親族・代理人氏名】

氏名： _____ 印 (続柄 _____)

住所： _____

記 載 例

公益社団法人地域医療振興協会 市立大村市民病院 「在宅療養後方支援病院の説明」及び「登録同意書」

●在宅療養後方支援病院の目的

在宅療養中の患者様が緊急状態となった場合「在宅療養後方支援病院」と在宅療養担当医が連携をとることで、24 時間迅速に対応し、必要に応じて入院治療を行います。

また、万が一当院で入院治療が行えない場合は、当院が適切な医療機関をご紹介します。

●定期的な情報交換の実施

定期的に市立大村市民病院とかかりつけ医が、3 ヶ月に 1 回程度の情報交換を行います。急な入院にも安心して入院ができるように対応します。

●個人情報の取り扱い

個人情報の提供は、目的の範囲内で必要最小限にとどめ、情報提供の際は関係者以外に漏れることのないように細心の注意を払います。

在宅医療で管理する本人及びご家族の個人情報は、個人情報保護法に基づき適切に管理します。

●登録に際しての確認事項

一人の患者様が複数の在宅療養後方支援病院に登録することはできません。

「登録同意書」

在宅療養後方支援病院について、説明を受けました。

市立大村市民病院に登録することを同意します。 令和 7 年 6 月 5 日

【説明者】

氏名： 古賀島 太郎

【患 者】

氏名： 大村 花子 印

住所： 大村市古賀島町□□-〇〇

【親族・代理人氏名】

氏名： 大村 桜子 印 (続柄 長女)

住所： 大村市古賀島町□□-A-×××