

在宅療養あんしん病院登録システム［右京事業］

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| かかりつけ医 | 医療機関名 |  |
| 医師名 | 先生 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 在宅チーム | 事業所名 |  |
| 担当者名 | 様 |

　※登録時の内容から「かかりつけ医」「在宅チーム」等の情報が変更になっている場合は、お手数ですがご連絡ください

**「入院」連絡票**

下記の患者様が入院されました。

本患者様は、在宅療養あんしん病院登録システムに登録しておられますので、ご連絡いたします。　　　　　早期退院に向けて、関係機関との連携を図ってまいりますので、宜しくお願いします。

|  |
| --- |
| 送信年月日：　　　　年　　　　月　　　　日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 入院等記入欄 | 登録者氏名 | 様 |
| 入院経路 | 救急車での入院　　or　　救急車以外での入院 |
| 入院年月日 | 年　　　　　　　月　　　　　　　日 |
| 入院の直接の原因  となった傷病名 | ※必須ではありません。可能な範囲でご記入ください |
| 推定される入院期間 | ※必須ではありません。可能な範囲でご記入ください |
| その他  連絡事項 | ※必須ではありません。可能な範囲でご記入ください |

**「退院予定」連絡票**

|  |
| --- |
| 送信年月日：　　　　年　　　　月　　　　日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 退院予定等記入欄 | 退院年月日  （予定・決定） | 年　　　　　　　月　　　　　　　日 |
| 退院前ｶﾝﾌｧﾝﾚｽの予定 | 有　・　無　　→有の場合、日程については改めてご連絡いたします |
| その他  連絡事項 | ※必須ではありません。可能な範囲でご記入ください |

**（在宅療養あんしん病院）医療法人○○○会　○○○病院**

**地域連携室（担当：　　　　）**

**電話：○○○―○○○○FAX：○○○―○○○○メール：○○○＠○○○**