



## 「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**

定期的に北福島医療センターとかかりつけ医が、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、目的の範囲以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。

北福島医療センター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： \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_

【親族・代理人氏名】

氏名： \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

住所： \_\_\_\_\_

## 在宅療養後方支援病院 登録患者診療情報交換用紙

年 月 日

北福島医療センター 地域医療連携室

TEL : 024-551-0101 FAX : 024-551-0104

在宅医療機関		担当医師	
電話番号		FAX 番号	

## 1. 登録情報

登録番号		氏名	
------	--	----	--

## 2. 診察情報

病名、処方内容、治療方針、当院への入院希望意思の変更がある場合は記載して下さい

入院希望登録時の届出内容に変更の有無

 有  無