様式　医連-1

　 小川赤十字病院　　保管用**在宅療養後方支援病院　＜患者様向け説明書＞**

説明日 令和　年　月　日

生年月日　 　　　 年　 　月　　日

医療機関

氏　名 　　　　　　　　　　　　 様

説明者

　小川赤十字病院は、あなたが在宅療養中に緊急対応が必要になった場合に、在宅医療を担当する医療機関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、当院が適切な医療機関へ紹介します。なお、緊急時の対応をスムーズに行うことを目的として、医療機関とあなたの診療情報等について情報交換を行います。

**緊急時に受け入れを希望する医療機関**

名　称：小川赤十字病院

　住　所：〒355-0397　埼玉県比企郡小川町小川1525

　連絡先：〔平日（月～金）　8：30～17：15〕　医療連携室　TEL：0493-71-5776（医療連携室直通）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　0493-72-2333（代表）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 FAX：0493-71-5779（医療連携室）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 在宅療養を担当している医療機関 | |  | |
| 名　称 |  | 担当医師連絡先 |  |
| 住　所 |  |  |
| 患者さんに関する情報 | |  |  |
| 氏　名 |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 住　所 |  | 連絡先 |  |
| 症状等 | 別紙1に記載 |  |  |

　　　　　〔時間外（17：15～翌日8：30）および休祝日〕時間外受付　TEL：0493-72-2333（代表）　　　　**上記医療機関が対応できなかった場合に搬送を希望する医療機関**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　１．　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　２．

令和　　　年　　月　　日　　　　**上記に同意します**続柄

患者氏名　 　 　　　　　　　　　　　同意者 　　　　　　　　　　　　　（　　　　　）