

入院希望患者様登録用紙

(患者様氏名)

呉羽総合病院は、
(貴院名)

さんが在宅療養中に緊急対応が必要になった場合に

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
治療行えない場合は、当院が適切な医療機関へ紹介します。

(貴院名)

なお、緊急時の対応をスムーズに行うことを目的として、
(患者様氏名)

さんの診療情報等について情報交換を行います。

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 緊急時の受入れを希望する医療機関の情報

名 称

社団医療法人 呉羽会 呉羽総合病院

住 所

福島県いわき市錦町落合1番地の1

連絡先

0246-62-3178 (地域連携支援室) 0246-63-2181 (代表)

③ 呉羽総合病院で対応ができなかった場合に、搬送希望される医療機関がありましたらご記入ください。

1

2

④ 患者様に関する情報

フリガナ

氏 名

 M・ T・ S

年

月

日生

住 所

連絡先

()

【症状等】 病名・処方内容、治療方針 等を詳しくご記入ください。

*病状等の記入が書ききれない場合は、他の用紙を用いても結構です。

呉羽総合病院 地域連携支援室

FAX 0246-62-2035