

在宅療養後方支援病院 連携登録書

説明年月日 _____年____月____日

説明者 _____

後方支援病院(川崎医療生活協同組合 川崎協同病院)は、**連携登録の患者**様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、**在宅医療機関**と**連携登録の患者**様の診療情報について情報交換を行います。

在宅医療機関

名称 _____
住所 _____
連絡先 _____
管理項目 在医総 在宅療養指導管理料 (自己注以外)

後方支援病院

名称 川崎医療生活協同組合 川崎協同病院
住所 〒210-0833 神奈川県川崎市川崎区桜本 2-1-5
連絡先 044-299-4781

連携登録患者様

氏名 _____
住所 _____
電話 ① _____ ② _____
備考 _____

後方支援病院以外の搬送先希望

① _____ ② _____

川崎協同病院 ID		登録完了日	
-----------	--	-------	--

川崎協同病院 患者サポートセンター (確認医師: _____) (窓口担当: _____)