

在宅療養後方支援 申込書兼同意書

旭川医療センター 住所：花咲町7丁目4048番地

FAX番号：51-3711 電話番号：51-3161

旭川医療センターでは事前申し込みされた患者さんに対し緊急対応が必要になった場合に在宅担当医療機関からの連絡に基づき24時間診療を行います。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。必ず在宅担当医の判断を仰いでください。なお、緊急時の対応をスムーズに行うことを目的として、在宅医療を行う下記医療機関と患者さんの診療情報等について情報交換を行います。※旭川医療センターで入院治療が行えない場合に搬送の可能性がある医療機関（旭川医科大学 旭川赤十字病院 市立旭川病院 旭川厚生病院）

申し込み記入欄(◎は必須)

患者氏名 (署名)	ふりがな	性別	代理人署名 (本人が署名できない場合)	
	◎	男・女		
生年月日	◎			
住所 電話番号	◎ TEL			
身元引受人 (署名)	ふりがな			
	◎			
身元引受人住所 電話番号	◎ TEL	患者さんとの 関係		

訪問看護を担当する事業所

担当訪問看護 事業所名称	
訪問看護 連絡先 TEL/FAX	

在宅医療を担当している医療機関 (名称: _____)

連絡先TEL①	◎	連絡先TEL②	
連絡先FAX	◎		
担当医師 氏名	◎		
申し込み日	◎		

現在の病状 その他既往歴・現病歴 ※別紙でもかまいません

記載日 年 月 日

本人・ご家族のご意向や確認の必要な事項がありましたら記入をお願いします

例 延命処置を希望する・しない 意思確認済み・していない 等

※ 申込書の控えは大切に保管してください。