

在宅療養後方支援 診療情報提供書

旭川医療センター 旭川市花咲町7丁目4048番地

送信先 FAX : 53-9184 電話 : 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）

患者氏名 (署名)	ふりがな ◎
生年月日	◎
在宅医療を担当している医療機関	
初回登録日	
引き続き緊急時に入院を希望するか◎	希望する ・ 希望しない
届け出内容の変更◎	あり(変更内容を下に記入) ・ 無し
特記すべき出来事の有無◎	あり(変更内容を下に記入) ・ 無し
現在の病状等 ◎ ※前回と変更が無い場合記入は不要です。	
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。