年　　月　　日

**入院希望患者　事前登録届出書**

【富永病院　地域連携室行　FAX：06-6568-1970】

富永病院は、下記患者さんが在宅療養中に緊急対応が必要になった場合に、主治医（在宅医療を担当している医療機関）からの連絡に基づき、24時間いつでも診療を行います。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、主治医と下記患者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名（主治医）

名　称　：

住　所　：

担当医師名：

■緊急時の受入を希望する医療機関名（病院名）

名　称　：富永病院

住　所　：大阪市浪速区湊町1-4-48

連絡先　：平　日9：00‐17：00　地域連携室　06－6568－1980（担当：西村）

　　　　　土曜日9：00‐17：00　　同上

　　　　　上記時間外（夜間休日等）救急外来　06－6568－1601（担当：西村）

■届出患者に関する情報

ﾌﾘｶﾞﾅ

氏　名　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（男・女）

生年月日：（M T S H）　　　　年　　　月　　　日（　　　　歳）

連絡先　：

住　所　：

緊急連絡先：　　　　　　　　　　　（申込者との関係：　　　　）

※病状に関しては、別紙にて添付をお願いいたします。

注）この届出書は、登録病院・主治医・患者の3者で保管してください。