【在宅療養後方支援病院　登録申請書 兼 同意書】

説明日　令和年月日

説明者

**津島市民病院**は**（B）**が在宅療養中に緊急対応が必要になった場合に**（A）**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になった場合、**津島市民病院**は原則として入院治療を行います。万が一入院治療を行えない場合は適切な医療機関を紹介します。

なお、緊急時の対応をスムーズに行うことを目的として、**津島市民病院**と**（A）**が**（B）**の診療情報について情報交換を行うことに同意します。

**緊急時に受入れを希望する医療機関**

名　称 　津島市民病院

住　所 　496-8537　愛知県津島市橘町3丁目73番地

連絡先 　【平日8:30～17:15】 地域医療センター

　【時間外及び休日】 時間外受付

　電話　0567-28-5151（代表）

**（A）**：在宅医療を担当している医療機関

名　称　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先　　担当医師 *＊*

　　　　　　　　　　　　　㊞

**（B）**：入院希望する患者

氏　名　*＊*

　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

生年月日　□M　□T　□S　□H　□R　　年　月　日生

住　所

連絡先