熊本総合病院　在宅療養後方支援病院登録申請書

１．　在宅医療を担当している医療機関（かかりつけ医）の情報

医療機関名	医師名：		
住所			
電話番号		FAX	

２．　緊急時受入を希望する医療機関の情報

医療機関名	JCHO　熊本総合病院		
住所	熊本県八代市通町 10-10		
電話番号	0965-32-7111（代表）	FAX	0965-32-7207（地域医療連携室）

３．　上記医療機関で対応ができなかった場合に搬送の可能性がある医療機関

１．	２．

４．　患者情報

患者氏名		男・女	T・S・H　　年　　月　　日
住所			
電話番号	その他の連絡先（　　）		
居宅介護支援事業所（担当者）	（　　）		
訪問看護事業所　　（担当者）	（　　）		

５．　病名・経過・処方内容、治療方針等を記入下さい。（簡潔で結構です）

＊病状等の記入は貴院の診療情報提供書を用いても結構です。

＊登録患者の条件は下記の１）かつ２）かつ３）に該当する方になります。

１）　訪問診療を受けている方

２）　在宅時医学総合管理料・特定施設入居時等医学総合管理料・在宅がん医療総合管理料・在宅療養指導管理料（在宅自己注射指導管理料は除く）を入院前月または入院月に算定している方で体調を崩された方

３）　自宅・特別養護老人ホーム・軽費老人ホーム・ケアハウス・有料老人ホーム・グループホーム・サービス付高齢者住宅に入居中の方

確認事項　※算定している項目にチェックをお願いします。

□在宅時医学総合管理料　□在宅がん医療総合診療料　□特定施設入居時医学総合管理料

□在宅療養指導管理料（在宅自己注射指導管理料を除く）□その他＿＿＿＿＿＿＿＿

JCHO　熊本総合病院