

もしものときの

あんしん登録システム  
(登録申込書)

説明日： 年 月 日

説明者： \_\_\_\_\_

渥美病院は、登録患者さまに状態が悪化した場合には連携医療機関（診療所）からの紹介に基づき、いつでも診療を行います。また、入院が必要な状態と当院医師が判断した場合には入院治療を行います。

- ※ もしものときに備えて連携医療機関と渥美病院は診療情報を共有します。
- ※ この申込によって他医療機関への受診・入院が制限されるようなことはありません。
- ※ やむを得ず、渥美病院で対応できなかった場合に紹介・搬送を希望される病院がありましたらご記入ください。（記入は必須ではなく、紹介・搬送をお約束するものでもありません）

・病院名： \_\_\_\_\_

登録患者さま（ご署名） \_\_\_\_\_

本人以外によるご署名の場合の氏名 \_\_\_\_\_（続柄 \_\_\_\_\_）

連携医療機関（診療所）の連絡先

医療機関名		渥美病院の連絡先	
住所		住所	田原市神戸町赤石 1-1
電話番号		電話番号	0531-24-0220（診療時間内） 0531-22-2131（診療時間外）

登録患者さまの基本情報 \*状態等については続紙にご記入ください。

フリガナ 氏名		生年 月日	大・昭・平・令 年 月 日	性別	
住所	(登録完了通知の送付先が異なる場合は、送付先住所もご記入ください)			電話番号	
施設入所中	いいえ・はい	「はい」の場合、施設名をご記入ください			

\* 送付先：渥美病院 地域連携室 病診連携係 (FAX：0531-24-0221)

# あんしん登録システム

(登録申込書の続紙)

記載日： 年 月 日

記載者： \_\_\_\_\_

患者さま氏名			
主病名			
状態・在宅で 必要な医療 処置等			
(必要時、別に診療情報等を記載した文書を添付してください)			
* 以下確認できていましたらご記入をお願いします。			
家族等連絡先	氏名： 電話番号：	続柄：	
介護認定 (該当 <input checked="" type="checkbox"/> )	<input type="checkbox"/> 認定なし <input type="checkbox"/> 申請中 (結果待ち) <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5		
ケアプラン (支援) センター名		担当者	
<p>◆ 状態悪化時の救命処置についての希望 (該当 <input checked="" type="checkbox"/> )</p> <p><input type="checkbox"/> 希望する (人工呼吸、心臓マッサージ等)</p> <p><input type="checkbox"/> 希望しない</p> <p><input type="checkbox"/> 未確認</p> <p>◆ 療養に関する本人・家族の意向等 (自由記載)</p>			
(例：痛みがないように過ごしたい。なるべく入院したくない。)			

送付先：渥美病院 地域連携室 病診連携係 (FAX : 0531-24-0221)