

令和 年 月 日

病診連携に係る事前情報共有確認書

説明日： 年 月 日

説明者： _____

_____ は、かかりつけ患者様が在宅療養中に緊急対応が必要になった場合、_____ 医師（主治医）からの診察等に基づき、入院が必要と判断された場合は、原則として下記の連携病院にて入院治療を行います。仮に連携病院で対応が難しい場合は、_____ 医師（主治医）と連携病院が協力して受け入れ先病院を探します。

なお、緊急時の病診連携をスムーズに行うことを目的として、連携病院へ当該患者様の診療情報等について事前に情報を共有いたします。

1. 在宅療養を担当している医療機関の情報

名 称 _____

住 所 _____

連絡先 _____ 担当医氏名： _____ 印 _____

2. 緊急時の受け入れについて連携をとっている医療機関の情報

名 称 _____

住 所 _____

連絡先（診療時間内） _____ （診療時間外） _____

※上記医療機関で対応できない場合に搬送の可能性がある医療機関
_____ 佐世保市内の救急告示病院 _____

3. かかりつけ患者様に関する情報

氏 名 _____ 印 _____

住 所 _____

連絡先 _____

情報等 _____ 「在宅療養患者急変時受入に関する事前情報提供書」参照

※この文書は、1. 2. 3者が保管すること。

※情報は上記目的以外には使用しません。