

在宅患者入院支援登録

申込書・登録証

申請日：西暦 2020 年 4 月 1 日

本申込書で登録する情報を関係機関が確認利用すること及び入院支援協力病院については調整可能な病院へ入院することに同意致します。

署名(本人) 連携 太郎

(代理人) 連携 一郎 (続柄) 長男

① 患者

ふりがな	れんけい たらう	性別	
氏名	連携 太郎		男・女
生年月日	明治・大正 昭和		
	18 年 ** 月 ** 日		(75 歳)
住所	〒 053 - △△△△		
	苫小牧市***町***丁目***番***号		
連絡先	自宅	0144-12-3456	
	携帯	090-1234-4567	

② 本人以外の連絡先

ふりがな	れんけい いちろう	続柄	
氏名	連携 一郎		長男
連絡先	0144-12-3456		

《様式1》

◆二次救急対応医療機関 (夜間・休日については二次救急で対応)

病院名	受診歴
王子総合病院	有・無
苫小牧市立病院	有・無

◆入院支援協力病院 ※受診歴は全ての病院に○をつけてください。

希望	病院名	受診歴	希望	病院名	受診歴
○	勤医協苫小牧病院	有・無		同樹会苫小牧病院	有・無
	苫小牧東病院	有・無	○	苫小牧日翔病院	有・無
	沖 医 院	有・無			有・無
		有・無			有・無
					有・無
					有・無
					有・無

入院が必要になった場合に、入院を希望される病院名の左側に○をつけて下さい。(複数選択可)
 ※王子病院・苫小牧市立病院については、休日夜間の救急の対応となります。

かかりつけ医記入欄

医師名	
医療機関名	かかりつけ医の連絡先等をご記入ください。
連絡先	