**入院希望届出書（同意書）**

八戸赤十字病院

**説明日**　　令和　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　　　　**説明者**

　八戸赤十字病院は、【　　　　　　　　　　】さんが在宅療養中に緊急対応が必要となった場合に、【　　　　　　　　　　　】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となった場合は、原則として当院で入院治療を行います。万一、当院で入院治療が行えない場合は、当院が適切な医療機関へ紹介します。

　なお、緊急時の対応をスムーズに行うことを目的として、【　　　　　　　　　　】と、【　　　　　　　　　　】さんの診療情報等について情報交換を行います。

**在宅医療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　　　　　　　　　　　）

**緊急時の受入を希望する医療機関の情報**

　名称　八戸赤十字病院

　住所　八戸市田面木字中明戸２番地

　連絡先　0178-27-3111　内線（2712）

令和　　　年　　月　　日

患者氏名　　　　　　　　　　　　　印

家族又は

保護者　　　　　　　　　　　　　　印

　　※病状等につきましては、別に診療情報提供書の添付をお願いします。