

在宅療養後方支援の基本的な流れ

1. 入院希望患者様の情報登録

緊急時に当院に入院を希望された患者様の情報を「入院希望届出書(同意書)」にてお届けください。



【送付先】

〒039-1103

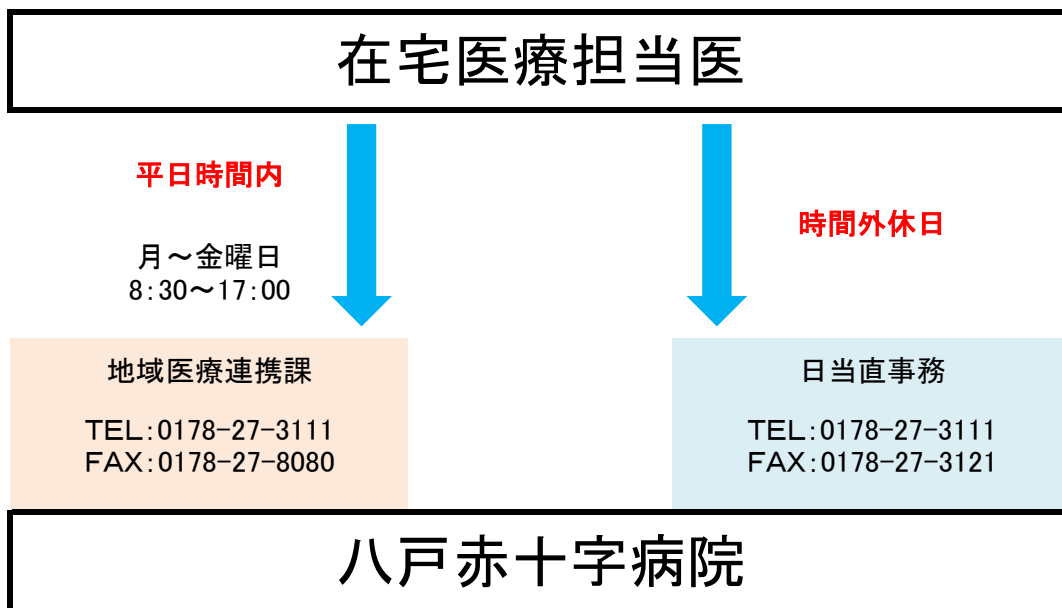
八戸市大字田面木字中明戸2

八戸赤十字病院 地域医療連携課

【お問い合わせ先】 TEL:0178-27-3111 地域医療連携課 (月曜～金曜 8:30～17:00)

※入院希望届出書(同意書)の原本は当院で保管となります。貴院でも写しを保管するとともに、患者さんにも交付してください。

2. 入院診療のご依頼



※「登録患者」であることを申し出てください。

※入院当日若しくは翌日までに診療情報提供書のFAXをお願いします。

3. 診療情報の交換

3ヶ月に1回、ご登録をいただいた患者さんについて、当院より「診療情報交換シート」をお送りしますので、貴院における診療情報を追記してご返送ください。