

在宅医療病診連携確認書

患者 様（ 年 月 日生まれ）を紹介させていただきます。
現在、当方で在宅医療を行っております。入院治療が必要となった場合に、
後方支援病院として貴院に入院をお願いいたします。
診療時間外の場合、訪問看護師より直接貴院へ入院依頼の連絡がいくことが
ありますが、よろしくをお願いいたします。
なお、その場合、後日紹介状を送らせていただきます。

平成 年 月 日

医院名
院長 印

上記患者が、入院治療が必要となった場合は、当院に入院の上、加療させて
いただきます。

平成 年 月 日

医院名
院長 印