**在宅連携シート運用マニュアル**

訪問診療を行っている在宅患者が、入院の必要性が生じた際にスムーズに入院や受診などの連携が出来るように、あらかじめ、診療所から後方支援病院に情報提供を行うための連携シートです。

**病院への受診歴がない場合や、病院の最終受診から数か月から数年の間、受診歴がないなど、かかりつけの病院（いざという時の入院先）を持たない患者を対象としています。病院からの依頼で訪問診療を行っている患者は対象外です。**

第一東和会病院・高槻赤十字病院・高槻病院・藤田胃腸科病院・北摂総合病院・みどりヶ丘病院へ入院・受診を希望される患者に使用して下さい。主に看取りの可能性があるケースを想定していますが、肺炎などの回復可能な病態に対して、入院にて積極的治療を行うことによって病状が改善した場合は、退院後に自施設で訪問診療を継続していただくことになります。

**訪問診療を行っている患者のみを対象**としたものになり、下記の状況になった際のいずれかで使用して下さい。**主に病状増悪時を対象としています**が、患者・家族の希望にて訪問診療開始時にかかりつけ病院を決めておきたい場合にも使用していただいて構いません。ただし、その場合は、病状が変化した際に、経過報告を行ってください。

* 病状増悪時（もしかしたら、近い将来に入院になるかも知れない）
* 訪問診療開始時（患者・家族の安心のために予め連携しておく）
* 経過報告（前回記載時から、何らかの変化があった時）
* 終診報告（在宅看取りや介護施設入所時など）

この連携シートをする際は**診療情報提供(I)の算定は出来ません**。

この連携シートを記載したうえで、自施設の診療情報提供書と一緒に後方支援病院へFAXしてください。**その際、電話連絡は不要です。**ただし、がん終末期患者の場合は、病状が急速に変化しますし、各病院での対応も異なりますので、電話での相談も並行して行っていただく方が望ましい。

**入院が必要な状態になった時は、通常通りの方法で、受診依頼（入院依頼）を行って、診療情報提供を記載して下さい。**この時は、**診療情報提供(I)の算定は出来ます**

在宅で診取りになった場合や、介護施設に入所や転居などで訪問診療が終了になった時は、必ず**終診報告**をしてください。

訪問診療開始時は、**“重症時・急変時の治療方針の確認”**が出来ていない場合もあるので、その場合は未記載で結構ですが、確認が取れた際は**経過報告**として、連携シートに記載して報告して下さい。一方で、**看取りの可能性がある入院依頼の場合は、出来るだけ記載するようにしてください。**

各病院の宛先

高槻病院：総合内科　外来担当医　　 第一東和会病院：外来担当医

高槻赤十字病院：総合診療科　大中玄彦先生 北摂総合病院：外来担当医

藤田胃腸科病院：本郷仁志先生 みどりヶ丘病院：外来担当医

水無瀬病院：丸茂岳先生

医師会のホームページのライブラリーに保存しておくので、各自でダウンロードして、手書き、もしくは電子カルテに保存して使用して下さい。文章などは、大幅な変更は行わないでください。ただし、病状などに合わせて多少の変更は可能です。