

## 在宅医療における患者向け説明文のモデル

様

◆在宅医療でのご質問、ご要望等の担当は以下の者が以下の時間帯で担当しています。ご遠慮なくご相談ください。

医師 ○○ ○○（○○クリニック院長） 月曜日～土曜日午前中（電話 000-000-0000）

看護師 ※※ ※※ 月曜日～土曜日 （携帯 090-0000-0000）

なお、日曜日等時間外は、医師○○の携帯（090-0000-0000）までご連絡下さい。

◆介護保険サービスのご質問等は、本院と連携している居宅介護支援事業所△△△のケアマネジャーまで、いつでもご相談ください。

ケアマネジャー・△△ △△（携帯 090-0000-0000）

その際、○○クリニックのID 番号（診察カードの番号）とお名前をお伝えいただければ結構です。

◆病状に急変がありましたら、休日、夜間を問わずいつでも結構です。下記へ電話してください。

○○クリニック（医院並びに自宅 電話 000-000-0000）

時間外の場合は携帯にお願いします。○○ ○○携帯 090-0000-0000（24 時間対応です）

◆なお、どうしても連絡がつかない場合は、××病院にご連絡下さい。

ご連絡される場合は、○○クリニックのID 番号（診察カードの番号）と患者名をお伝えいただければ24 時間対応していただけますので、ご遠慮なくお申し出下さい。

また、入院が必要となった場合でも同様にお申し出いただければ対応していただけます。

××病院（電話 000-000-0000）。在宅担当医は×× ××、または地域医療連携室までご相談下さい。

◆その他、時間外の訪問看護対応や訪問看護等についてのご相談についてもお気軽にお申し出下さい。

訪問看護ステーション□□□・管理者□□ □□

□□□の当番担当者携帯（090-0000-0000）

その際、○○クリニックのID 番号（診察カードの番号）とお名前をお伝えいただければ結構です。

○○クリニック 院長・○○ ○○