

1. 緊急時の受け入れに関する契約書

在宅療養している患者の緊急時の入院の受け入れに関して、_____（以下、「甲」という）と、独立行政法人地域医療機能推進機構 星ヶ丘医療センター（以下、「乙」という）は、次のとおり契約を締結する。

【目的】

第1条 「甲」が担当している患者が、緊急に入院の必要が生じた場合には、入院体制を有する「乙」と連携して緊急入院ができる体制を確保することを目的とする。

【協力】

第2条 「甲」と「乙」が連携協力するにあたり、「甲」は患者の同意を得て、患者の氏名、連絡先、病状、治療計画、直近の診療内容、緊急時の対応に必要な診療情報等を「乙」に対して随時提供しなければならない。また、「乙」において緊急入院を受け入れた場合には、その診療状況等を「甲」に随時報告するものとする。

【契約解除】

第3条 次の各号のいずれかの事情が生じた時はこの契約を解除することができる。
（1）「乙」がこの契約に定める内容を履行しないとき。
（2）「甲」がこの契約に違反したとき。

【疑義等】

第4条 この契約に定めがない事項及びこの契約に疑義が生じたときは、「甲」「乙」協議の上、定めるものとする。

【秘密保持】

第5条 「甲」ならびに「乙」は本契約に関して知り得た情報を一切外部に漏洩してはならない。

この契約の成立を証するため、本証書2通を作成し、「甲」「乙」記名押印の上、各々1通を保有するものとする。

年 月 日

(甲) 所在地

医療機関名

開設者氏名

(印)

(乙) 所在地

大阪府枚方市星丘4-8-1

医療機関氏名

独立行政法人地域医療機能推進機構
星ヶ丘医療センター

開設者氏名

細野 昇

(印)

2. 緊急時の受け入れに関する契約書申込みについて

診療科	
電話番号	
FAX 番号	
ホームページ URL	
E-MAIL	
当院ホームページ「連携登録医のご紹介」へ掲載希望する	希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/>
連携登録医証発行について	希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/>
連携登録医証用 額縁（無料）	希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/>