

在宅医療連携体制を担う機関辞退届

年 月 日

鹿児島保健医療圏地域保健医療協議会
鹿児島市部会長 殿

所在地
医療機関名
代表者名
電話番号
(記入者氏名)

在宅医療連携を担う機関を辞退したいので、下記のとおり届け出ます。

記

1 辞退する医療機能（辞退する機能区分に「×」印をつけてください）

機能区分	目 標
退院支援	入院医療機関と、在宅医療に係る機関の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療体制を確保すること。
日常の療養支援	患者の疾患、重症度に応じた医療(緩和ケア含む)が多職種協働により、できる限り患者が住み慣れた地域で継続的、包括的に提供されること。
急変時支援	在宅療養者の病状急変時に対応できるよう、在宅医療を担う病院・診療所、訪問看護事業所及び入院機能を有する病院・有床診療所との円滑な連携による診療体制を確保すること。
終末期（看取り）	住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での終末期の療養支援（看取りを含む）を行うことができる体制を確保すること。

2 辞退理由

[]