

藤田医科大学岡崎医療センター 開放型病床入院依頼書（兼同意書）

藤田医科大学岡崎医療センター 地域医療連携部 宛

FAX : 0564-64-8194

受付時間 平日8:45~19:00 土曜8:45~12:00

【登録医先生 記入欄】

依頼日	年	月	日
紹介元医療機関名			
地域連携登録医師名			
フリガナ		性別	
患者氏名		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
生年月日	M・T・S・H・R	年	月 日
診療科			

※診療情報提供書は別途FAX送信ください。

開放型病床ご利用の患者さんへ 入院のご案内

開放型病床とは、病院の施設、機能の開放として、病床の一部を連携医療機関の医師に開放し、連携医療機関の医師と当院の医師が共同して診療を行うものです。

連携医療機関の医師が患者さんの入院が必要と判断した場合、開放型病床をご利用いただけますと、連携医療機関の医師は、入院後も病室に訪問し、当院の医師と共同で治療にあたることができます。

また、患者さんは連携医療機関の医師が入院中の経過を把握しているため、退院後も安心して連携医療機関での診療を受けることができます。

なお、入院中に連携医療機関の医師から診察・指導などを受けた場合、患者さんにはその都度診療報酬一部負担金の支払いが必要です。

以上のことをご承知のうえ、「開放型病床入院同意書」にご署名をお願いいたします。

開放型病床入院同意書

上記の件について了承しましたので、開放型病床利用の入院に同意いたします。

年 月 日

患者氏名 署名

代諾者 署名

代諾者：本人の代理で承諾される方です。代筆とは異なります。