

藤田医科大学ばんだね病院 開放型病床入院依頼書（兼同意書）

藤田医科大学ばんだね病院 地域医療連携センター 宛

FAX 052-323-5726

受付時間 平日8:45~19:00 土曜8:45~12:30

【登録医先生 記入欄】

依頼日	年 月 日		
紹介元医療機関名			
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	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きますと、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ので、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。