

開放型病床入院申込書 兼 診療情報提供書

紹介元医療機関名			
連携登録医名	⑩	連携登録医番号	
TEL	FAX	緊急時	

ふりがな		生年月日	性別
患者氏名		明治・大正 昭和・平成 年 月 日	男・女
一宮市立市民病院受診歴(有・無・不明) 有の場合(患者ID番号)			

病名または主訴

今回、入院が必要な診療科 科・不明

入院目的 治療 診断・検査 その他

病状経過・検査結果等

現在までの治療経過・処方内容等

備考

送付先 一宮市立市民病院 地域医療連携室 ※右記のFAX番号を確認後、送信してください。 ※個人情報の取り扱いについては、慎重にお願いいたします。	FAX 0586-28-7058 TEL 0586-71-1933
---	--------------------------------------

開放型病床入院同意書

紹介診療所名 _____

医 師 名 _____

この度、私が入院するに当たり、共同診療に対する説明を受け一宮市立市民病院開放型
病床を利用することに同意いたします。

平成 年 月 日

(患者氏名)

住 所 _____

氏 名 _____

(代理人) _____

開放型病床へ入院していただく患者さんへ

開放型病床とは、あなたのかかりつけ医の先生が、診療にあたって、「入院が必要」と判断した場合に、かかりつけ医の先生と一宮市立市民病院の医師が、共同して診療にあたることができるシステムです。

このシステムをご利用いただくと、入院中は、一宮市立市民病院の医師とかかりつけ医の先生の2人が主治医と副主治医になります。かかりつけ医の先生は、一宮市立市民病院の開放型病床に出向いて市民病院の医師と共同で、あなたの診療や指導にあたります。

利点は2人の主治医が、同時に共同で診療することで、より安心な診療が受けられます。また、退院後は入院経過を熟知しているかかりつけ医の先生のもとで、一貫した診療を継続できることとなります。

お 願 い

あなたの入院中に、かかりつけ医の先生と一宮市立市民病院の医師が共同診療を行った場合は、共同指導料をご負担していただくこととなります。

一宮市立市民病院 地域医療連携室

