

開放病床入院依頼書(兼同意書)

平成 年 月 日

〒063-0005 札幌市西区山の手5条7丁目1番1号

依頼医療機関



北海道医療センター
地域医療連携室 宛

← 所在地

FAX:011-611-8112 TEL:011-611-8116

名 称

TEL () FAX ()

医師名

フリガナ	生年月日 (明・大・昭・平)	年	月	日(歳)
患者氏名	住所			
様	男・女			電話 ()

開放病床ご利用の患者さんへ

北海道医療センターの開放病床は、連携している地域の医療機関の医師（以下「連携医」という。）にセンターの施設・設備の一部を開放し、共同して診療及び指導を行うものです。

連携医が患者さんの入院が必要と判断し、開放病床をご利用いただくと、入院後も病室に訪問し、センター医師と力を合わせて治療にあたることができます。

また、連携医が入院中の経過を把握しているので、患者さんは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、入院中に連携医から診察・指導を受けた場合、患者さんはセンターの入院費とは別に連携医への診療費を支払うことになります。

以上のことを了承の上、「開放病床同意書」に署名をお願いします。

開放病床入院同意書

上記について了承しましたので、開放病床の入院に同意します。

平成 年 月 日

患者氏名

印

(署名の場合、押印不要)