

※開放病床利用を希望する場合は、この依頼書を診療情報提供書に添えてください。

新宮市立医療センター開放病床入院依頼書（兼同意書）

紹介元医療機関	
登録医氏名	

ふりがな 患者氏名		性 別	男性（0）・女性（1）
生年月日	0 西暦 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	年	月 日
新宮市立医療センター受診歴	あり	なし	不明
同意の確認	<input type="checkbox"/> 患者さまへ開放病床ご入院の趣旨を説明し、同意を得ました。 （下記同意書に患者の署名をお願いします）		
	<input type="checkbox"/> 入院決定後に説明し同意を確認します。		

開放病床ご利用患者さまへ 入院のご案内

開放病床とは、病院の施設、機能の開放の一環として、病床の一部を開業医の医師に開放し、病院の医師と共同して診療を行うものです。

開業医の医師が患者さまの入院が必要と判断した場合、開放病床をご利用いただきますと、開業医の医師は、入院後も引き続き患者さまを訪問し、病院の医師と力を合わせて治療にあたることができます。

また、患者さまは、開業医の医師が患者さまの入院中の経過を把握しているため、退院後も安心してかかりつけ医での診療を受けることができます。

なお、入院中に開業医の医師から診察指導などを受けた場合、患者さまにはその都度、診療報酬一部負担金の支払いが必要になります。

以上のことをご承知のうえ、「開放病床入院同意書」にご署名をお願い致します。

開放病床入院同意書

上記の件について承知いたしましたので、開放病床利用の入院に同意致します。

平成 年 月 日

（患者さま）ご署名