

開放病床入院申込書（兼同意書）

平成 年 月 日

〒070-0902

依頼医療機関

旭川市花咲町7丁目4048番地

住所

旭川医療センター 地域医療連携室 宛

名称

FAX:0166-51-3711 TEL:0166-51-3161

TEL FAX

医師名

開放病床実施要領に基づき、下記患者さんの開放病床利用を申し込みます。

入院予定日	平成 年 月 日
フリガナ	生年月日 (大・昭・平) 年 月 日
患者氏名	住所
	TEL ()

開放病床ご利用の患者さんへ

- ・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）に旭川医療センターの施設・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。
- ・開放病床をご利用いただくと、連携医とセンター医師が力を合わせて治療にあたることができます。
- ・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の診療を受けることができます。
- ・入院中に連携医の診察・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に診療費を支払うことになります。

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)

開放病床入院予約票		
入院日時	平成 年 月 日 時	
診療科	呼吸器内科・循環器内科・脳神経内科 消化器内科・外科・放射線科・総合内科	担当医
上記患者さんに係る開放病床の利用について承諾します。		
平成 年 月 日		
旭川医療センター 地域医療連携室		

申込方法

1.患者さんの同意をいただいた後にFAX0166-51-3711にてお申込みください。

2.入院が決まりましたら、FAXで予約票をお送りします。

3.患者さんは入院日にこの申込書及び診療情報提供書を入院受付にお持ちください。

連携登録医→入院受付→地域医療連携室