共同利用の手引き（様式2）

**開放病床利用届出書**

関西医科大学総合医療センター地域医療連携部行

FAX：06-6993-9488

TEL：06-6993-9444

令和　　年　　月　　日

登録医医療機関の所在地：

登録医医療機関名：

登録医氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号：

FAX番号：

以下の患者につきまして、関西医科大学総合医療センター開放病床の共同利用を届出いたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 性別 | 男  女 |
| 患者氏名 | 様 | (Ｔ・Ｓ・Ｈ)　　年　　月　　日 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 紹介目的 | 開放病床利用による入院治療 | | |
| 事前電話調整を  した担当医氏名 | 科　　 　　　　 　　医師（調整日時 月 日 時頃） | | |
| 開放型病院共同指導料の説明 | | **口** 説明済（未の場合は様式1をご活用ください） | |
| 入院前に外来  診療を受ける時 | 第1希望　　　月　　　日（　　） | | 第2希望　　　月　　　日（　　） |
| 入院希望日 | 第1希望　　　月　　　日（　　） | | 第2希望　　　月　　　日（　　） |

※ 診療情報提供書は別途必要となります。

様式１・２及び診療情報提供書を地域医療連携部までFAX送信してください。

※ 備考（当センター担当医への依頼事項等がありましたら、以下にご記入ください）