

# 西脇市立西脇病院共同利用及び登録医制度のご案内

西脇市立西脇病院が地域の医療機関の皆様と、相互の患者紹介や施設の共同利用を行うなど緊密な医療連携を図ることで、効率的で一貫性のある医療を提供し、地域医療の向上を図っていくために、西脇病院の共同利用と登録医の制度を創設しましたので、ご案内します。

## 【目 次】

|     |               |       |     |
|-----|---------------|-------|-----|
| I   | 病院の共同利用制度     | ..... | P 1 |
|     | 1 共同利用の対象者    | ..... | P 1 |
|     | 2 共同利用の範囲     | ..... | P 1 |
|     | 3 その他         | ..... | P 1 |
| II  | 登録医制度         | ..... | P 1 |
|     | 1 登録医         | ..... | P 1 |
|     | 2 登録医のお申込み方法  | ..... | P 2 |
|     | 3 お願い         | ..... | P 2 |
| III | 共同利用の手順       | ..... | P 2 |
|     | 1 開放病床の利用     | ..... | P 2 |
|     | 2 医療機器の利用     | ..... | P 5 |
|     | 3 図書室の利用      | ..... | P 5 |
|     | 4 研修会等への参加    | ..... | P 5 |
| IV  | 様式集（第1号～第11号） | ..... | P 6 |

西脇市立西脇病院

令和元年5月

## I 病院の共同利用制度

新しくなった病院の施設や機能を地域医療機関の皆様に開放し、共同利用することで地域医療連携をさらに強化するための制度です。

### 1 共同利用の対象者

北播磨の医療機関に勤務する医師及び医療従事者

### 2 共同利用の範囲

|         |   |
|---------|---|
| 開放病床    | 予め登録したかかりつけ医（登録医）の希望により病院医師と共同診療等を行うためICU・HCUを除く各病棟に各1床設置（6床） |
| 医療機器    | CT、MRIその他検査機器（原則、病院による紹介患者の検査実施）                              |
| 図書室     | 登録医及び当該医療機関の医療従事者による利用  |
| 研修会等の参加 | 検討会、研修会、セミナーなどへの参加  |

### 3 その他

登録医制度や共同利用の手順は、以下のⅡ～Ⅲ、必要な様式はⅣのとおりです。

様式については病院のホームページ「地域医療連携室」からダウンロードできます。

## II 登録医制度

### 1 登録医

（1）入院中の紹介患者様に対する共同診療・指導の希望があれば、主治医と調整の上、副主治医として共同診療・指導をしていただくことができます。

ただし、診療科や患者様の状況によりできない場合があります。

（2）共同指導を実施した場合、「開放型病院共同指導料」が算定できます。

注：病院による近畿厚生局への施設基準の届出が必要（開放病床の利用実績などの要件あり）なため、算定可能となった場合には、別途お知らせします。

（3）病院の医師同席のもとで電子カルテの閲覧が可能です。

（4）紹介患者様が当院初診の場合で、地域医療連携室を通じてFAX紹介をいただいたときは来院前登録（病院の患者IDの発行）が可能になります。

（5）紹介患者様は診断確定後、あるいは退院時に原則として逆紹介させていただきます。

（6）院外誌「ハート to ハート」を送付させていただきます。

（7）病院の図書室がご利用いただけます。

（8）病院で開催されるカンファレンス、講演会・研修会などのご案内をさせていただきます。

医療機関で勤務されている医療従事者の方の参加も可能です。

（9）登録していただいた医療機関名をホームページなどに掲載させていただきます。

## 2 登録医のお申込み方法

### (1) 申込み

「西脇市立西脇病院登録医申請書（様式第1号）」に記名押印の上、病院の地域医療連携室に送付していただくようお願いいたします。

### (2) 登録の通知

「西脇市立西脇病院登録医証（様式第2号）」を送付いたします。これで登録医としての手続きは完了です。

### (3) 提携期間

登録期間は、原則1年間ですが、双方に異議がなければ自動更新となります。

## 3 お願い

(1) 開放病床での共同診療や図書室など施設利用していただくために、かかりつけ医の先生には登録医として登録いただくようお願いいたします。

(2) なお、開放病床での共同診療は、ご希望に応じて実施していただくものであり、登録医の義務ではありませんので、紹介患者の円滑な受け入れなどや病院との連携を一層強化するためにも、是非、登録いただくようお願いいたします。

## III 共同利用の手順

### 1 開放病床の共同利用

#### (1) 入院

① 登録医が開放病床において紹介患者様の共同診療・指導を行おうとする場合は、患者様の同意を得て、「FAX予約依頼票（様式第3号）」に「開放病床の利用希望がある」旨記載し、地域医療連携室へFAXしてください。

なお、患者様の同意書は「開放病床利用同意書（様式第9号）」により得てください。

② 地域医療連携室が主治医に連絡を入れます。

なお、①の手続きに先立って、診療科医師に電話で相談していただいても結構です。

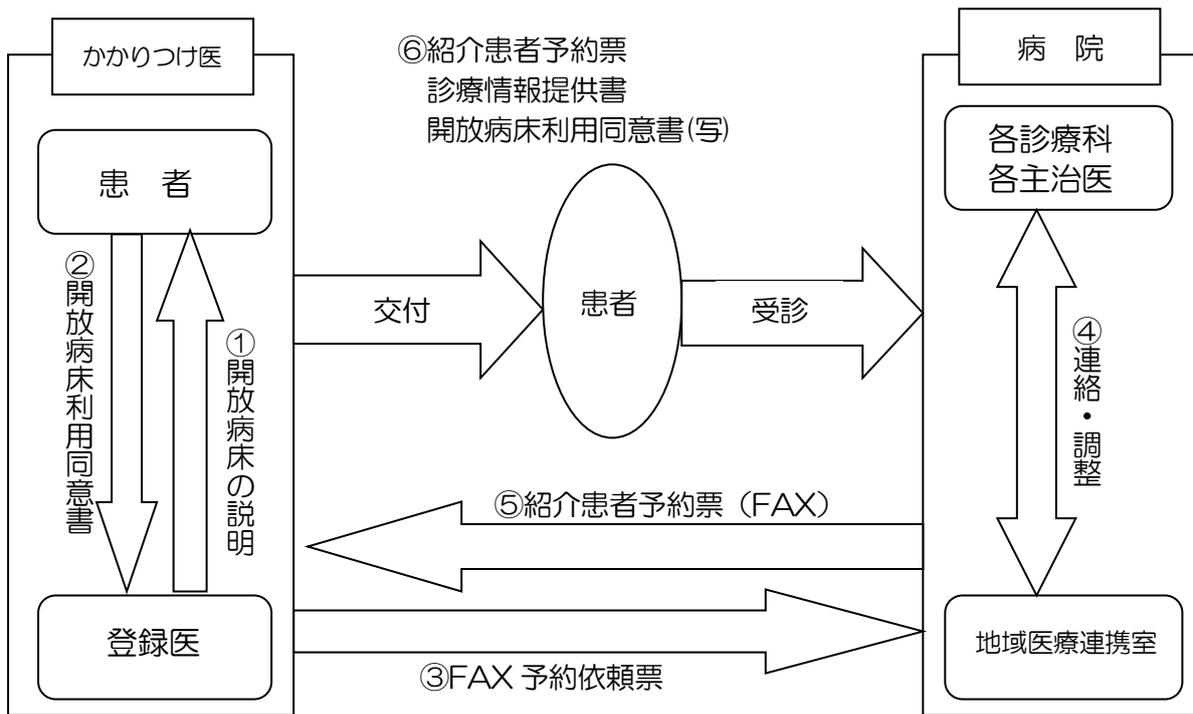
③ 地域医療連携室が予約日を決定し、紹介患者予約票をFAXにて登録医に返送します。

④ 返送された紹介患者予約票、登録医の診療情報提供書及び開放病床利用同意書（写し）を患者様に交付してください。

⑤ 紹介患者様の来院時に、紹介患者予約票、登録医の診療情報提供書、開放病床利用同意書（写し）を「紹介患者様専用受付」へ提出していただきます。

⑥ 病院での外来診療を経て、病院の主治医（以下「主治医」という。）が登録医と電話等で必要な調整を行い、入院及び共同診療・指導の実施を決定します。

●入院手続きフロー



(2) 退院

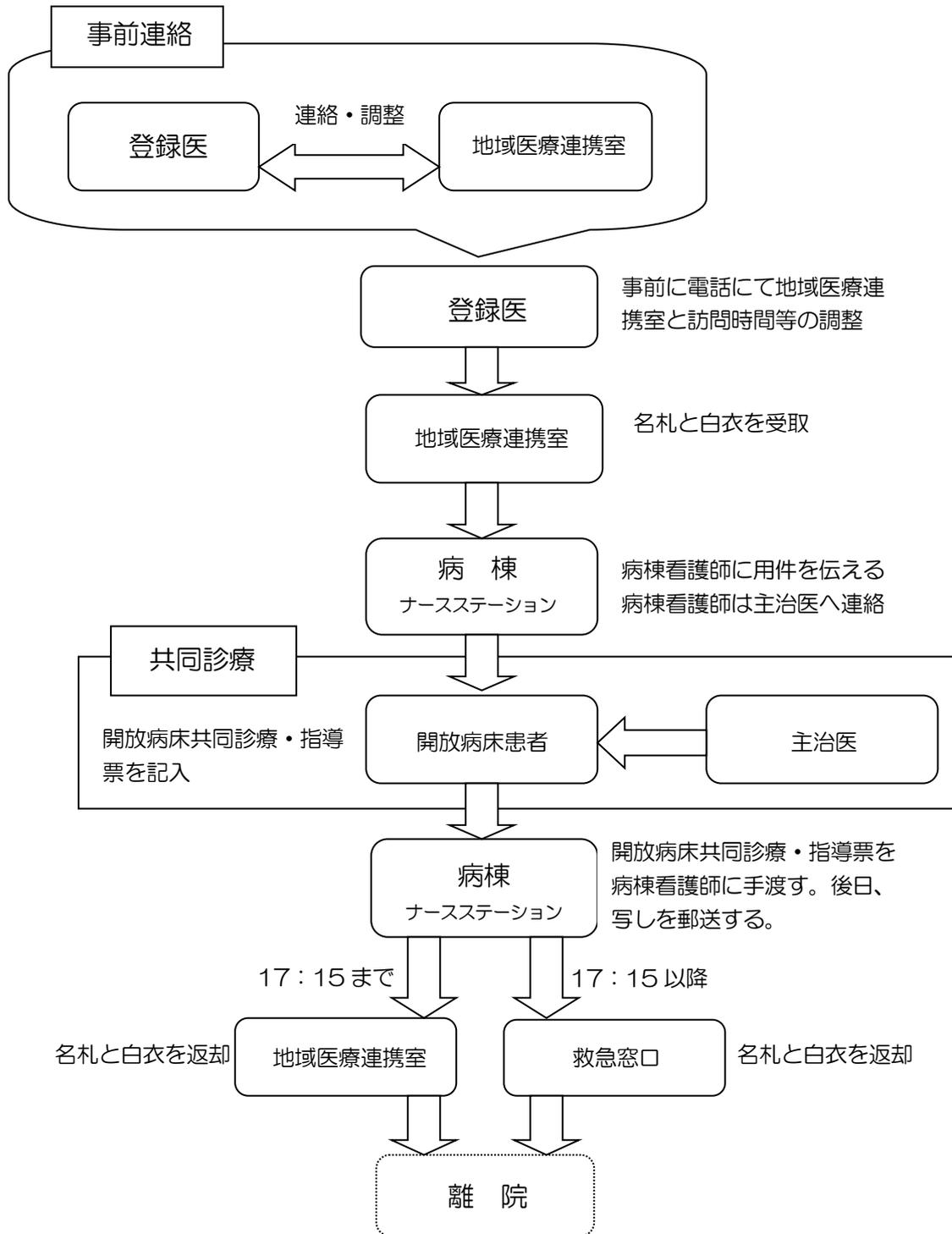
退院は主治医が登録医と協議して決定し、退院時に患者様に病院の診療情報提供書を交付します。

(3) 共同診療・指導

入院患者への共同診療・指導は、以下の手順により主治医と共同で行います。

- ① 共同診療・指導は、原則、開放病床において主治医の立会いの下で行っていただきます。主治医が不在の場合は、当該診療科の医師が代行します。
- ② 共同診療・指導の実施は、原則9時から17時までとします。ただし、病院（主治医）が承認した場合は、指定の時間帯とします。
- ③ 共同診療・指導のために開放病床を訪問される場合は、事前に電話で地域医療連携室を通じて主治医と訪問時間等の調整を行ってください。
- ④ 地域医療連携室から、登録医の来院時に名札と白衣をお渡しします。
- ⑤ 共同診療・指導を行った場合は、病棟備え付けの「開放病床共同診療・指導票（様式第10号）」に必要事項を記載し、ナースステーションへ提出してください。後日、地域医療連携室より写しを送付いたしますので各医療機関の診療録に保管してください。
- ⑥ 共同利用に伴う診療報酬の請求は、登録医と病院双方が独自に行います。

●共同診療・指導フロー



## 2 医療機器の利用

### (1) 利用できる医療機器

|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> 診断・治療機器<br>CT、MRI、内視鏡装置、RI、骨密度測定器                     |
| <input type="checkbox"/> 検査機器<br>ABI検査（動脈硬化判定）、エコー、心電図、24時間心電図、<br>24時間血圧計付心電図 |

### (2) 利用の手続き

- ① 地域医療連携室へFAXで申し込んでください。
- ② 診療予約に当たっては、「FAX予約依頼票（様式第3号）」「FAX予約依頼票兼診療情報提供書（糖尿病地域連携用）（様式第4号）」「FAX予約依頼票兼診療情報提供書（糖尿病合併症外来）（様式第5号）」を使用してください。  
検査予約に当たっては、「FAX予約依頼票（生理検査用）（様式第6号）」「FAX予約依頼票（MRI用）（様式第7号）」「FAX予約依頼票（CT用）（様式第8号）」を使用してください。
- ③ 地域医療連携室は予約日を決定し、FAXにて登録医に返送します。
- ④ 返送された紹介患者予約票及び診療情報提供書を紹介患者様に交付してください。
- ⑤ 紹介患者様には予約日に上記書類を持参して、病院の「紹介患者様専用受付」に来ていただきます。

## 3 図書室の共同利用

### (1) 利用の手続き

- ① 登録医や医療機関に従事する医療関係者の方が、図書室を共同利用する場合は、「図書室利用申込書（様式第11号）」により地域医療連携室へFAXで申し込んでください。
- ② 図書室利用の申込み状況を確認の上、地域医療連携室から図書室利用承認票を返送します。
- ③ 来院時に地域医療連携室に申し出て、名札の貸与を受けてください。
- ④ 図書の閲覧及びコピー機の利用が可能です。

## 4 研修会及び症例検討会への参加

登録医の先生や医療機関に従事する医療関係者の方に、西脇病院で実施する研修会及び症例検討会等について、適宜ご案内しますので、その際に指定する方法で申し込んでください。

## IV 様式集

|        |                                       |     |
|--------|---------------------------------------|-----|
| 様式第1号  | 西脇市立西脇病院登録医申請書 . . . . .              | P7  |
| 様式第2号  | 西脇市立西脇病院 登録医証 . . . . .               | P8  |
| 様式第3号  | FAX予約依頼票 . . . . .                    | P9  |
| 様式第4号  | FAX予約依頼票 兼<br>診療情報提供書（糖尿病地域連携用） . . . | P10 |
| 様式第5号  | FAX予約依頼票 兼<br>診療情報提供書（糖尿病合併症外来） . . . | P11 |
| 様式第6号  | FAX予約依頼票（生理検査用） . . . . .             | P12 |
| 様式第7号  | FAX予約依頼票（MRI用） . . . . .              | P13 |
| 様式第8号  | FAX予約依頼票（CT用） . . . . .               | P14 |
| 様式第9号  | 開放病床利用同意書 . . . . .                   | P15 |
| 様式第10号 | 開放病床共同診療・指導票 . . . . .                | P16 |
| 様式第11号 | 図書室利用申込書 . . . . .                    | P17 |

(様式第1号)

令和 年 月 日

西脇市立西脇病院登録医申請書

西脇市立西脇病院長 様

西脇市立西脇病院における開放病床等の共同利用の趣旨に賛同し、登録医としての登録を申請します。

住 所 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

FAX番号 \_\_\_\_\_

医師氏名 \_\_\_\_\_ 印

西脇市立西脇病院 登録医証

医療機関名 \_\_\_\_\_

登録医氏名 \_\_\_\_\_

当院の登録医として登録したことを証します

西脇市立西脇病院  
病院長

印

注意事項

- 1 この証書の保管については十分御留意願います。なお、紛失された場合は速やかに連絡をお願いします。
- 2 登録を辞退される場合は、この証書をお返しいただくようお願いいたします。
- 3 登録期間は、原則1年とし、登録医、当院の双方に異議がなければ自動更新とさせていただきます。

(様式第3号)

# F A X 予約依頼票

(紹介先)

令和 年 月 日

西脇市立西脇病院

科 先生御侍史

(紹介元)

名称 所在地 医師名 TEL FAX

受診希望日 なし あり 令和 年 月 日 時頃

※希望に添えない場合がございますが、ご了承ください。

Form with fields for patient name, sex, age, address, and medical history.

※ 共同利用（開放病床・医療機器）の希望がある場合は、その内容を記載願います。

西脇市立西脇病院

※患者様に切り取ってお渡しく下さい。

※来院の際に必ず持参してください。

# 紹介患者予約票

令和 年 月 日

病院名 西脇市立西脇病院

次のとおり予約を受けました。

担当者

Form with fields for ID, name, sex, age, medical department, and appointment date.

(注) ご来院の際に必ず、ご持参ください。

【予約票、 診療情報提供書、 健康保険証、 医療受給者証】

西脇市立西脇病院

(様式第4号)

FAX予約依頼票 兼 診療情報提供書 (糖尿病地域連携用)

(紹介先)

令和 年 月 日

西脇市立西脇病院

内科

先生御侍史

(紹介元)

名称

所在地

医師名

TEL

FAX

|       |                             |                             |             |
|-------|-----------------------------|-----------------------------|-------------|
| 受診希望日 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | 令和 年 月 日 時頃 |
|-------|-----------------------------|-----------------------------|-------------|

※希望に添えない場合がございますが、ご了承ください。

|         |      |   |    |                            |    |  |    |
|---------|------|---|----|----------------------------|----|--|----|
| 患者      | フリガナ |   | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 | 身長 |  | cm |
|         | 氏名   |   |    | <input type="checkbox"/> 女 | 体重 |  | kg |
|         | 生年月日 | 年 月 日   | 歳  | 自宅                         |    |  |    |
|         | 住所   |   | 電話 | 連絡先                        |    |  |    |
| 貴院への受診歴 |      | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不詳 |    |                            |    |  |    |

(上記患者様を次のとおり紹介させていただきます。)

|   |                                     |   |                                   |                               |                                 |
|---|-------------------------------------|---|-----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| 概要  | 紹介目的について :                          | <input type="checkbox"/> 緊急入院               | <input type="checkbox"/> 教育入院     | <input type="checkbox"/> 予約入院 | <input type="checkbox"/> 外来での精査 |
|   | 紹介の理由と具体的な目的 (必要であれば、ごく簡単に御記入ください。) |   |                                   |                               |                                 |
| 要   | 現在の状態にて :                           | HbA1c                                       |                                   | %                             |                                 |
|   | 眼科について :                            | <input type="checkbox"/> かかりつけ医あり (眼科)      | <input type="checkbox"/> かかりつけ医なし |                               |                                 |
|   | 治療について :                            | <input type="checkbox"/> 治療内容は持参予定のお薬手帳のとおり |                                   |                               |                                 |
| 西脇病院で精査・加療が終了し、病状が安定した場合 (ご希望がない場合、空白でも結構です。)   |                                     |   |                                   |                               |                                 |
| <input type="checkbox"/> 当院への逆紹介を希望   |                                     |   |                                   |                               |                                 |
| <input type="checkbox"/> 内服加療で安定している場合のみ <input type="checkbox"/> インスリン・GLP-1製剤も可能    |                                     |   |                                   |                               |                                 |
| <input type="checkbox"/> 2型糖尿病以外も診療可 <input type="checkbox"/> 安定したら一度連絡をもらい、その上で判断したい |                                     |   |                                   |                               |                                 |
| <input type="checkbox"/> 当院以外での加療を希望  |                                     |   |                                   |                               |                                 |

[本書をもって診療情報提供書としていただいても結構です。]

西脇市立西脇病院 内科

※患者様に切り取ってお渡しく下さい。

※来院の際に必ず持参してください。

紹介患者予約票

令和 年 月 日

病院名 西脇市立西脇病院

担当者

次のとおり予約を受けました。

|             |               |           |                               |           |       |  |
|-------------|---------------|-----------|-------------------------------|-----------|-------|--|
| ID          |               | 性別        | 生年月日                          | M T S H R | 年 月 日 |  |
| 氏名          |               |           |                               |           |       |  |
| 診療科         | 科             | 医師名       |                               |           |       |  |
| 診察(検査) 予約日時 | 令和 年 月 日 (曜日) | 午前・午後 時 分 | ※ 診察の関係で前後することがありますが、ご了解願います。 |           |       |  |

(注) ご来院の際に必ず、ご持参ください。

【予約票、診療情報提供書、健康保険証、医療受給者証】

西脇市立西脇病院 内科

(様式第5号)

F A X 予約依頼票 兼 診療情報提供書 (糖尿病合併症外来)

(紹介先)

令和 年 月 日

西脇市立西脇病院

内科 先生 御侍史

(紹介元)

名称 所在地 医師名 TEL FAX

受診希望日 (水曜日) 第1 令和 年 月 日 第2 令和 年 月 日

※希望に添えない場合がございます、ご了承ください。

患者情報表: フリガナ, 氏名, 性別, 身長, 体重, 生年月日, 住所, 電話, 自宅, 連絡先, 貴院への受診歴

(上記患者様を次のとおり紹介させていただきます。)

概要表: 患者様の状態に関して, 最近の血糖コントロールについて, 糖尿病合併症について, その他の合併症について

[本書をもって診療情報提供書としていただいても結構です。]

西脇市立西脇病院 内科

※患者様に切り取ってお渡しく下さい。

※来院の際に必ず持参してください。

紹介患者予約票 (糖尿病合併症外来) 令和 年 月 日

病院名 西脇市立西脇病院

次のとおり予約を受けました。

担当者

予約票表: ID, 氏名, 性別, 生年月日, 診療科, 医師名, 来住, 診察(検査)予約日時

(注) ご来院の際に必ず、ご持参ください。

【予約票、診療情報提供書、健康保険証、医療受給者証】

西脇市立西脇病院 内科

(様式第6号)

F A X 予約依頼票 (生理検査用)

(紹介先)

令和 年 月 日

西脇市立西脇病院

科 先生 御侍史

(紹介元) 名称 所在地 医師名 TEL FAX

受診希望日 無し 有り 令和 年 月 日 時頃

※希望に添えない場合がございますが、ご了承ください。

患者情報表: フリガナ, 氏名, 性別, 身長, 体重, 生年月日, 住所, 電話, 自宅, 連絡先, 貴院への受診歴, 概要

【検査項目】

- 動脈硬化 (ABI), 運動負荷心電図 (トレッドミル), 腹部エコー, 24時間心電図, 心電図, 24時間血圧計付心電図

運動負荷心電図の依頼の場合のみ

- 症状: 虚血性心疾患 R/O, 虚血性心疾患 S/O, 不整脈の精査
危険因子: 糖尿病, 高血圧症, 高脂血症, たばこ, 肥満, その他
注意: 追加検査が必要なときは、追加検査を実施してよろしいか。

西脇市立西脇病院 検査部

※患者様に切り取ってお渡しください。

※来院の際に必ず持参してください。

紹介患者予約票

令和 年 月 日

病院名 西脇市立西脇病院

次のとおり予約を受けました。

担当者

患者情報表: ID, 氏名, 性別, 生年月日, 診療科, 診察(検査)予約日時

(注) ご来院の際に必ず、ご持参ください。

【予約票、診療情報提供書、健康保険証、医療受給者証】

西脇市立西脇病院 検査部

(様式第7号)

### F A X 予約依頼票 (MRI用)

(紹介先)

令和 年 月 日

西脇市立西脇病院

(紹介元)

放射線科

先生  
御侍史

|     |     |
|-----|-----|
| 名称  |     |
| 所在地 |     |
| 医師名 | 印   |
| TEL | - - |
| FAX | - - |

|       |   |             |
|-------|---|-------------|
| 受診希望日 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | 令和 年 月 日 時頃 |
|-------|---|-------------|

※希望に添えない場合がございますが、ご了承ください。

|                             |   |       |                              |     |                            |                                     |  |    |
|-----------------------------|---|-------|------------------------------|-----|----------------------------|-------------------------------------|--|----|
| 患者                          | フリガナ  |       |                              | 性別  | <input type="checkbox"/> 男 | 身長                                  |  | cm |
|                             | 氏名  |       |                              |     | <input type="checkbox"/> 女 | 体重                                  |  | kg |
|                             | 生年月日  | 年 月 日 | 歳                            | 電話  | 自宅                         | - -                                 |  |    |
|                             | 住所  |       |                              | 連絡先 | - -                        |                                     |  |    |
| 貴院への受診歴                     | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不詳 |       |                              |     |                            |                                     |  |    |
| 撮影内容                        | 区分  | 部位    | 区分                           | 部位  | 左右                         | 撮影方法                                |  |    |
|                             | <input type="checkbox"/> 頭部系  |       | <input type="checkbox"/> 骨盤系 |     | 眼窩・乳房<br>上肢・下肢<br>の場合      | 1 <input type="checkbox"/> Plain    |  |    |
|                             | <input type="checkbox"/> 頸部系  |       | <input type="checkbox"/> 椎体系 |     |                            | 2 <input type="checkbox"/> CE       |  |    |
|                             | <input type="checkbox"/> 胸部系  |       | <input type="checkbox"/> 上肢系 |     | <input type="checkbox"/> 左 | 3 <input type="checkbox"/> Plain+CE |  |    |
|                             | <input type="checkbox"/> 腹部系  |       | <input type="checkbox"/> 下肢系 |     | <input type="checkbox"/> 右 |                                     |  |    |
| ※ 撮影1部位につき、この予約票1枚記入してください。 |   |       |                              |     |                            |                                     |  |    |
| 臨床診断                        |   |       |                              |     |                            |                                     |  |    |

#### MRIの安全等に関する点検項目

|   |                              |   |          |
|---|------------------------------|---|----------|
| <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 前回MRI                        | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 針治療の置き針  |
| <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 心臓ペースメーカー・埋め込み型除細動器          | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 避妊リング    |
| <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | コイル・ステント・動脈瘤クリップ             | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 歯科インプラント |
| <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 人工弁・心臓ステント                   | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 妊娠       |
| <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 整形外科手術時の金属<br>部位( )いつ頃( )年 月 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 閉所恐怖症    |
| <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 刺青(化粧アイライン・まゆすみ含む)           | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | その他( )   |
| <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 薬剤注入装置(リザーバー)                | 点検項目確認しました。   |          |
| <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 大腸カメラのクリップ                   | 依頼医師(署名)  |          |
| <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 事故・仕事による金属片や金属粉              | 印   |          |

西脇市立西脇病院 放射線部 MRI室

※患者様に切り取ってお渡しください。

※来院の際に必ず持参してください。

### 紹介患者予約票

令和 年 月 日

病院名 西脇市立西脇病院

次のとおり予約を受けました。

担当者

|        |                |     |                   |           |       |  |
|--------|----------------|-----|-------------------|-----------|-------|--|
| I D    |                | 性別  | 生年月日              | M T S H R | 年 月 日 |  |
| 氏名     |                |     |                   |           |       |  |
| 診療科    | 放射線科           | 医師名 |                   |           |       |  |
| 診察(検査) | 令和 年 月 日 ( 曜日) |     |                   |           |       |  |
| 予約日時   | 午前・午後 時 分      |     | ※25~30分前にご来院ください。 |           |       |  |

(注) 1 緊急検査などにより予約時間より多少送れる場合がございます。

2 ご来院の際は、必ず下記のものをご持参ください。

【紹介患者予約票、診療情報提供書、健康保険証、医療受給者証】

西脇市立西脇病院 放射線部 MRI室

(様式第8号)

### FAX予約依頼票 (CT用)

(紹介先)

令和 年 月 日

西脇市立西脇病院

(紹介元)

名称

所在地

医師名

TEL

FAX

科 先生御侍史

受診希望日  なし  あり 令和 年 月 日 時頃

※希望に添えない場合がございますが、ご了承ください。

|             |      |   |   |              |                            |   |   |   |    |
|-------------|------|---|---|--------------|----------------------------|---|---|---|----|
| 患者          | フリガナ |   |   | 性別           | <input type="checkbox"/> 男 | 身長  |   |   | cm |
|             | 氏名   |   |   |              | <input type="checkbox"/> 女 | 体重  |   |   | kg |
| 者           | 生年月日 | 年   | 月 | 日            | 歳                          | 自宅  | - | - |    |
|             | 住所   |   |   | 電話           | 連絡先                        | -   | - |   |    |
| 貴院への受診歴     |      | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不詳 |   |              |                            |   |   |   |    |
| 造影の希望       |      | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし                             |   | ビグアイド系内服薬を服用 |                            | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |   |   |    |
| 概要<br>(簡単に) |      |   |   |              |                            |   |   |   |    |

※ 共同利用 (開放病床・医療機器) の希望がある場合は、その内容を記載願います。

西脇市立西脇病院

※患者様に切り取ってお渡してください。

※来院の際に必ず持参してください。

### 紹介患者予約票

令和 年 月 日

病院名 西脇市立西脇病院

次のとおり予約を受けました。

担当者

|                |               |     |           |      |  |   |   |   |
|----------------|---------------|-----|-----------|------|--|---|---|---|
| ID             |               |     | 性別        | 生年月日 | M<br>T<br>S<br>H<br>R                                | 年 | 月 | 日 |
| 氏名             |               |     |           |      |  |   |   |   |
| 診療科            | 科             | 医師名 |           |      |  |   |   |   |
| 診察(検査)<br>予約日時 | 令和 年 月 日 (曜日) |     | 午前・午後 時 分 |      | ビグアイド系糖尿病薬を内服されている方は、検査前2日間、検査後2日間(合計5日間)の休薬をお願いします。 |   |   |   |

(注) ご来院の際に必ず、ご持参ください。

【予約票、診療情報提供書、健康保険証、医療受給者証】

西脇市立西脇病院

(様式第9号)

## 開放病床利用同意書

医療機関名 \_\_\_\_\_

登録医氏名 \_\_\_\_\_ 様

|              |            |    |     |
|--------------|------------|----|-----|
| フリガナ<br>患者氏名 |            | 性別 | 男 女 |
| 生年月日         | 明・大・昭・平・令  | 年  | 月 日 |
| 住 所          |            |    |     |
| 西脇市立西脇病院受診歴  | 有 ・ 無 ・ 不明 |    |     |

### 開放病床ご利用患者様へ 入院のご案内

西脇市立西脇病院の開放病床とは、病院の施設、機能の開放の一環として、病床の一部をかかりつけ医に開放し、病院の医師と共同して診療を行うものです。

かかりつけ医が患者様の入院が必要と判断し開放病床をご利用になった場合、入院後も引き続き患者様を訪問するなど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、患者様については、入院中の経過を把握した、かかりつけ医のもとで、退院後も安心して診療を受けることができます。

なお、入院中にかかりつけ医から診察・指導などを受けた場合、患者様にはその都度、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」にご署名をお願いいたします。※開放病床の利用は、かかりつけ医が、西脇市立西脇病院の登録医である場合に限りです。

### 開放病床入院同意書

上記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します。

令和 年 月 日

(患者様・保護者) ご署名 \_\_\_\_\_

(様式第 10 号) 開放病床共同診療・指導票

令和 年 月 日

|          |                 |
|----------|-----------------|
| 患者氏名     |                 |
| 患者 I D   |                 |
| 生年月日     | 明・大・昭・平・令 年 月 日 |
| 訪問日時     | 令和 年 月 日 時 分    |
| 地域医療機関名  |                 |
| 来診医師名    |                 |
| 当院主治医    |                 |
| 診療・指導内容等 |                 |

(様式第 11 号)

## 図書室利用申込書

令和 年 月 日

西脇市立西脇病院長 様

登録医氏名  
(又は医療従事者)

医療機関名

電話番号

FAX番号

下記のとおり図書室の利用を申し込みます。

### 記

- 1 利用希望日時 令和 年 月 日  
午前・午後 時より
- 2 利用目的

---

### 図書室利用承認票 (不承認通知)

令和 年 月 日

- 1 申込のとおり利用を認めます。
- 2 申込の利用希望日時では利用できません。

〔 <摘要> 〕

西脇市立西脇病院 地域医療連携室