

# 開放病床利用同意書

医療機関名 \_\_\_\_\_

登録医氏名 \_\_\_\_\_ 様

フリガナ 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ま

## 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 \_\_\_\_\_