

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： _____ (印)

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	<input type="checkbox"/> 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）