様式第３号

開放病床入院同意書

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

登録医氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

フリガナ	
患者氏名	（　男　・　女　）
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令　西暦　　年　　月　　日

開放病床ご利用の患者さまへ　入院のご案内

公益財団法人甲南会甲南医療センターは、「開放病床」を設置しております。患者さまがかかりつけの医師は、当院「開放病床」の登録医となられています。

「開放病床」とは、登録医と当院の医師が、共同して患者様の入院診療を行うことができる病床のことです。「開放病床」に入院されますと、登録医が当院に来て、主治医と協力して診療を行います。入院されるまでの詳しい病状経過を主治医と共有することができますので、患者様は安心して入院診療を受けることができます。

また、登録医が、入院中に患者さまの診療を行うことで、入院中の治療内容や検査結果を十分知ることができます。それにより、退院後も登録医のもとで、安心して一貫した外来診療を受けることができます。

なお、入院中に登録医が当院に来て、主治医と協力して診療を行った場合は、患者さまにはその都度、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。

上記のこと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。

年　　月　　日

（患者さま・ご家族さま）ご署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿