

## 開放型病床利用申込書(同意書)

佐世保市総合医療センター 地域連携センター 行

FAX 0956-24-0474

※ご紹介の場合はまず、地域連携センターへお電話にて開放型病床の空床状況の確認をお願いします。  
※本届出書と紹介状(診療情報提供書)を地域連携センターへファックスしてください。  
※本届出書と紹介状(診療情報提供書)は当院受診の際必要となりますので、患者さんへお渡ししてください。

## 【ご依頼医師】

医療機関名			
登録医師氏名			
連絡先	電話番号：           —   —	FAX 番号：           —   —	

紹介目的	開放型病床利用による入院		
希望診療科		希望医師名	
患者情報	患者氏名	男・女	
	生年月日	M・T・S・H・R	年   月   日
入院希望日	第1希望   月   日(   )	第2希望   月   日(   )	

## 同 意 書

私は、開放型病床の内容及び開放型病院共同指導料についての説明を受けました。  
佐世保市総合医療センターの開放型病床への入院が決定した際は、開放型病床を利用することに同意します。

令和   年   月   日

患者氏名 \_\_\_\_\_ 印

住   所 \_\_\_\_\_

本人以外 \_\_\_\_\_ 本人と

の同意者 \_\_\_\_\_ 印   の   関係 (   )

住   所 \_\_\_\_\_

電話番号           —   —