

開放病床利用届出書

大崎市民病院 地域医療連携室 行

FAX：0229-24-3005

TEL：0229-23-9986

年 月 日

登録医療機関の所在地

登録医療機関名

医師名

印

電話番号

FAX番号

フリガナ		生年月日	性	男
患者氏名	様	年 月 日	別	女

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 当院担当医名	科	医師（調整日時	月 日	時頃）
開放型病院共同指導料の説明	☐ 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，様式 2 及び診療情報提供書を地域医療連携室まで FAX をお願いいたします。

※備考（当院担当医への依頼事項等がありましたら、ご記載ください）

--