

(第 7 号様式)

獨協医科大学日光医療センター

病院長 山 口 悟 様

【登録医療機関名】

登録医 様

開放病床利用 同意書

患者氏名		性別	男 ・ 女
生年月日			
住所			
入 院 予 定 日			

- ・ 獨協医科大学日光医療センターの開放型病床は、連携している地域医療機関の医師（以下「登録医」という。）に当センターの施設・設備の一部を開放し、共同して診療及び指導を行うものです。
- ・ 登録医が患者さんの入院が必要と判断し、当センターの開放型病床をご利用いただくと、入院後も病室に訪問し、当センターの医師と力を合わせて治療にあたることができます。
- ・ 登録医が入院中の経過を把握しているので、患者さんは退院後も安心して登録医療機関での診療を受けることができます。
- ・ 入院中に登録医から診察・指導を受けた場合、患者さんは当センターの入院費とは別に登録医への診療費を支払うことになります。

以上のことを了承の上、「開放型病床同意書」にご署名をお願いします。

説明医師

開放型病床入院の説明を受け、今回の入院に際し開放型病床を利用し、共同指導があった場合は、それに伴う診療費用を負担することに同意します。

年 月 日

患者氏名

親族・代理人氏名

続柄（ ）