



名古屋徳洲会総合病院 開放型病床のご利用についてのご案内

【開放型病床の目的】

地域の医療機関（かかりつけ医）との連携によって、かかりつけ医の紹介患者さんが入院治療を必要とする場合に、当院主治医と共同で治療を行うために開放型病床を設置しました。

退院後も、患者さんは引き続きかかりつけ医のもとで治療を受けることができ、かかりつけ医と当院の医師が情報を共有することにより、入院から退院まで一貫した治療を双方で受けることができます。

【開放型病床の利用の流れ】

- ① 医療連携室（FAX 番号：0568-51-8765）に「開放型病床入院依頼書」と「診療情報提供書」を FAX してください。
- ② 登録医からの診療情報提供書を元に担当診療科医師と受入れの可否、ご入院日時等について協議の上、登録医にご連絡させていただきます。
- ③ 夜間・休日の緊急に際しては、当院の当直医と協議の上で受入れ致します。

【開放型病床の共同指導について】

登録医が、共同診療及び指導にあたる際は医療連携室に事前連絡の上、主治医と日程調整の上でご来院お願い致します。

- ① 診療来院時間は、原則として平日午後 1 時から午後 4 時まで
 - ② 診療にあたる際は、白衣と名札をご持参、ご着用してください。
 - ③ 当院の医師事務作業補助者が帯同し、検査、その他診察に関する指示や連絡等についての電子カルテ記載を代行入力致します。尚、電話での口頭指示は原則として認めないものとします。
- ※ 電子カルテへの記録・閲覧の範囲は、当該患者さんに限るものとします。
※ 登録医が開放型病床で診療を行なったときは、診療に関する事項を登録医自院の診療録にも記載してください。
※ 診断書・諸証明書などの記載は、主治医が行います。

【お問合せ】

医療法人徳洲会 名古屋徳洲会総合病院 医療連携室
〒487-0016 愛知県春日井市高蔵寺町北 2-52
TEL : 0568-51-8711 FAX : 0568-51-8765（連携直通）





年 月 日

【入院】開放型病床入院依頼書

【ご紹介元医療機関名】 TEL: _____ FAX: _____	
【患者情報】 ふりがな 氏名 _____様 連絡先(TEL) _____	生年月日: (明・大・昭・平・令) _____年 _____月 _____日生 性別: 男・女 当院診察券ID: _____
【依頼診療科・指定医師】 _____科 _____医師	【ご入院目的】 (ご要点・ご要望をご記入ください)
【入院希望日】 第1希望 _____月 _____日 第2希望 _____月 _____日	

★診療情報提供書を同時にFAXしてください。

依頼診療科医師に確認の上、受入れの可否について、医療連携室より紹介元医療機関にご連絡させていただきます。尚、当院の外来にて診療させて頂き入院の判断をさせて頂く場合もございます。

【ご来院日時】 年 月 日() 午前・午後 時 分	連携室
--------------------------------------	------------

※2番紹介受付にお越しください。

〈持ち物〉

① 診療情報提供書(画像・心電図などある方のみ) ②保険証 ※当院診察券がある方は診察券