

開放型病床入院報告書

年 月 日

紹介医療機関

登録医 先生(登録医番号)

このたび、開放型病床への申し込みをいただき、ありがとうございました。
先生からご紹介いただきました患者さまが、下記のとおり入院されましたので、ご連絡いたします。

紹介患者氏名	様
入院日	年 月 日 ()
病棟	病棟 号室
主治医	科 医師

共同診療にお越しになる際には、事前に患者サポートセンターまでご連絡いただきますよう、お願いいたします。尚、症状の変化によっては転棟・転科する場合がありますので予めご了承おき下さい。

登録医の先生へ(以下をご確認下さい)

- ・患者さんが入院中、副主治医として診療に参加してください。
- ・概ね1回以上の病床訪問による診療、指導を行うようお願いいたします。
- ・病床訪問診療に来院されましたら、患者サポートセンターへお越し下さい。白衣およびネームプレートをお渡しいたしますので着用してください。なお、白衣は当院にてご用意しています。
- ・診療所見及び指導内容、主治医等への連絡事項等を必ず開放型病床診療記録(開一様式2)に記載して下さい。

その他詳細につきましては、下記までお問い合わせください。

東京新宿メディカルセンター 患者サポートセンター
〒162-8543 東京都新宿区津久戸町5-1

電話 03-3269-8115 (直通)

FAX 03-5261-4738 (直通)