（様式９）

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　TS 　　　 ）

　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、地域連携室までご連絡いただきますよう、お願いいたします。

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します。

・病床訪問診療の際は、事前に地域連携室にご連絡ください。来院されましたら、地域連携室で白衣に着替え、地域連携登録医証を携帯してください。なお、白衣は地域連携室で用意しています。

・診療所見及び指導内容、主治医等への連絡事項等を必ず共同診療録に記載してください。

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。

豊橋市民病院　地域連携室

〒441-8570　愛知県豊橋市青竹町字八間西50番地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 0532-33-3013（直通）

FAX 0532-33-3037（専用）