

(様式1)

# 登 録 届

令和 年 月 日

名古屋市立大学医学部附属西部医療センター 御中

医療機関所在地 .....

電 話 番 号 ☎( ) .....

F A X 番 号 ( ) .....

医 療 機 関 名 .....

登 録 医 師 名 ..... (印)

私は、名古屋市立大学医学部附属西部医療センターの連携病院の登録  
医として登録します。

## ～ 開放型病床について ～

### 開放型病床とは

開放型病床とは、この地域の医師と名古屋市立大学医学部附属西部医療センターの医師が共に入院診療ができるように、地域に開放された病床をいいます。「かかりつけ医」の先生と当院の医師とが協力して、通院から入院、退院までの一貫した診療を行い、継続的に高度の医療、検査、手術などを受けていただくための専用の病床です。当院には、5床の開放型病床があります。

### 開放型病床の利点

「かかりつけ医」の先生が、あなたの病状を『入院が必要な状態である』と判断した場合に、開放型病床に入院することができます。開放型病床では、「かかりつけ医」の先生が、当院の担当医と共同して、あなたの診療にあたることができます。

通常の入院では、1人の入院患者さんに対して主治医は1人ですが、開放型病床に入院すると、「かかりつけ医」の先生と当院の担当医の2人が主治医となり、診療を行います。あなたの普段の体の状態を熟知している、「かかりつけ医」の先生も一緒に診てくれるので、とても安心感があります。

2人の主治医が同時に共同で診療することで、患者さんは、より綿密で安全な診療が受けられることとなります。また、退院後は、入院中の経過を把握している「かかりつけ医」の先生のもとで、継続して治療を受けることができます。もちろん、緊急時など、いつでも当院へ受診することも可能です。

開放型病床への入院手続きは、「かかりつけ医」の先生が行ってくれます。

### 開放型病院共同指導料

開放型病床利用中にかかりつけ医の先生が当院を訪問し、共同診療を行った場合には共同指導料をご負担いただくことになります。

#### 【1回にかかる費用】

紹介元医療機関・・・1日あたり1割負担で350円

当院・・・・・・・・・・1日あたり1割負担で220円

※保険診療になりますので、保険割合に応じてお支払額が変わります。

宛先 名古屋市立大学医学部附属西部医療センター

地域医療連携センター 【 F A X : 052-856-0049 】

## 【開放型病床利用申込書】

依頼日：令和 年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

依頼医師名 \_\_\_\_\_ 先生

TEL ( ) - FAX ( ) -

フリガナ 患者氏名	男 女	大正 昭和 平成 令和 年 月 日	生
患者住所			
電話 ( ) -			
西部医療センター受診歴 有 (ID 番号 ) 無			
希望入院日 ① 年 月 日 ② 年 月 日			
希望診療科			
医師指定 ①無 ②有：医師名 ( )			
入院の目的：(病名、状態、治療など)			

(様式5)

## 電子カルテ閲覧申請書

年 月 日

名古屋市立大学医学部附属西部医療センター病院長様

貴院の電子カルテを閲覧する事を申請します。併せて、以下の事項を遵守いたします。

1. 業務上知り得た個人情報の漏えい、又は、不正な目的への使用は行いません。
2. 病院情報システム（電子カルテシステム）のセキュリティーを確保します。

申請理由	<input type="checkbox"/> 開放型病床の利用に伴う、共同指導・診療のため <input type="checkbox"/> その他
閲覧場所	
電子カルテ端末	
じょうほうカードNo	
備 考	患者 ID :

管理番号		確認		担当者	
備 考					

住所 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

# 開放型病床入院同意書

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

この度、私が入院するにあたり、入院共同診療に対する説明を受け、  
名古屋市立大学医学部附属西部医療センターの開放型病床を利用するこ  
とに同意します。

令和      年      月      日

(本人)  
住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

(代理人)  
住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

## 名古屋市立大学医学部附属西部医療センター共同診療・指導記録

来院日時	年	月	日	AM・PM	時
患者氏名				ID :	
入院病棟	病棟			号室	
<b>共同診療・指導記録</b>					
S (患者の訴え) O (客観的事実) A (判断) P (計画・指示)					
助言・相談内容・その他					

(記載者) 医療機関名 :

氏名 :