入院報告書及び開放型病床利用申込書

令和　　年　　月　　日

紹介元医療機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

紹介元医師名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 御机下

このたびは、患者様をご紹介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　　様（ID　　）は

令和　　年　　月　　日に　　病棟　　階　に入院されましたので、

お知らせいたします。

主治医は　　医師です。

＊ご紹介いただきました患者様は開放型病床への申し込みが可能です。お申込みいただくと、患者様の入院中、共同診療に参加していただくことができます。
＊共同診療でご来院いただく際には、地域医療連携センターへご希望の日にちをご連絡ください。担当医師と日程調整をいたします。
＊開放型病床利用について、下記いずれかにご表示いただき、FAX での返信をお願いいたします。

このたびの＿＿＿＿＿＿様について、開放型病床での入院を

申し込む　　申し込まない

紹介元医師署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

その他詳細につきましては、下記にお問い合わせください。

名古屋市立東部医療センター　地域医療連携センター
〒464-8547　名古屋市千種区若水一丁目２番 23 号
TEL052-723 - 7359（直通電話）　FAX052-723-7356