

開放型病院共同指導 説明同意書

□開放型病院共同指導について

当院は、開放型病院の認可を受けており、地域の診療所からご紹介で入院された患者さんに対して、紹介元の主治医と当院の主治医が、共同で診察、情報共有を図り、安心して入院治療、退院後の生活が送れることを目的とした病院です。

□開放型病院共同指導料について

紹介元の主治医が、当院で診察した場合、「開放型病院共同指導料」が発生します。費用は、診察毎に発生する他、紹介元の診療所と当院双方で発生します。
(例) 入院中に2回診察(訪問)された場合、2回分の費用が発生します。

開放型病院共同指導料

負担割合/費用	埼玉石心会病院 からの請求	紹介元(診療所) からの請求	合計 実施1回につき
3割負担	660円	1,050円	1,710円
1割負担	220円	350円	570円
請求方法	入院費に含めて請求	診療所毎に異なります	

【開放型病院】

医療機関名 埼玉石心会病院
管理者 病院長

【紹介元】

医療機関名 _____ クリニック・医院・診療所
医師名 _____

上記について、説明を受け理解しました。開放型病院共同指導について同意します。

年 月 日

患者氏名 _____

代理人氏名 _____

開放型病院共同指導票

平成 年 月 日 AM・PM :	病 棟	ER・ICU・CCU・3A・3B・3C・SCU・HCU 4A・4B・4C・4D・5A・5B・5C・5D
紹介元	クリニック 医院 診療所	紹介元 医師名
入 院 診療科	科	入 院 主治医
<input type="checkbox"/> 療養上の共同指導内容（所見等） 紹介元医師記入欄		
入院主治医記入欄		
<input type="checkbox"/> 入院主治医への送り（主治医不在時等） 紹介元医師記入欄		