**![C:\Users\研究部\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.IE5\KFWVNMU6\background-1742166_640[1].png]()**

**独立行政法人地域医療機能推進機構 中京病院**

**病診連携システム**

**開放型病床ご利用の手引き**

**１．申込方法**

1. まず地域医療連携･相談室へお電話（052-691-6886）をください。

（受付時間：平日　8：30～17：00）。

1. その後、「開放型病床入院申込書」に必要事項をご記入のうえ、診療情報提供書と共に　　ＦＡＸ(052-691-6053）　送信してください。病床及び担当医決定後、入院予約票を返信いたします。 受付時間以降に送信いただいた場合は、翌診療日にお返事いたします。
2. 緊急入院を要する場合は、その旨お伝えください。

**２．患者さん入院時のながれ**

1. 予約日の指定時間までに2階総合受付「医療連携窓口」にお越しいただきます。
2. 診療情報提供書・入院予約票・保険証・医療証を窓口へご提出いただきます。
3. 受付後、入院病棟または診療科へご案内いたします。

**３．当院での回診について**

1. 来院される日時をあらかじめ地域医療連携･相談室へご連絡ください。(tel.052-691-6886)
2. ご来院の際は、まず地域医療連携･相談室にお立ち寄りください。病棟へは職員がご案内いたします。
3. 回診時は当院主治医あるいは看護師長（または代理の看護師）が対応させていただきます。
4. 共同指導診療録のご記入をお願いします。後日、郵送させていただきます。

**予約・お問い合わせ先**

1. **予約に関する事柄**

地域医療連携・相談室（平日8：30～17：00）

**登録医専用TEL：052-691-6886**

**FAX：052-691-6053**

1. **緊急時は救急科医師へ（休日及び夜間）**

代表TEL：052-691-7151

2019年5月版

独立行政法人地域医療機能推進機構　中京病院　病診連携システム

**開放型病床入院申込書**【FAX：052-691-6053】

**年　　　　月　　　　日**

貴施設名

医師名

電話番号

FAX番号

フリガナ　　　　　　　　　 　 男 ・ 女

 　 　 大・昭・平・令　　 　年 　　　月　　 　日生

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　様

住所 TEL

中京病院受診歴　　あり ・ なし

入院希望日：　 　　年　　 　月　　 　日（　　　　曜日）

入院希望科：

主訴または病名

他の臨床情報・ご要望等

FAX送信の前にお電話でご連絡ください。

その後、この申込書と共に診療情報提供書をFAX送信してください。調整のうえ、当日中に入院予約票と案内票を返送いたします。

※受付時間：平日　8：30～17：0 0

※受付時間以降にFAXいただいた場合のご返事は、翌診療日となります。

**お申込先：中京病院　地域医療連携・相談室**

**Ｆ Ａ Ｘ：052－691－6053**

**電話番号：052－691－6886 （登録医専用）**

2019年5月版