

開放型病床ご利用のご案内



宗教法人 聖フランシスコ病院会
聖フランシスコ病院

〒852-8125 長崎市小峰町9番20号
TEL 095-846-1888 / FAX 095-845-7600

開放型病床とは

開放型病床とは病院のベッドの一部を診療所のかかりつけ医に開放した病床をいいます。開放型病床に入院した患者さんをかかりつけ医が訪問し、当院の医師と共同して治療を行います。

当院でのカルテの閲覧はもちろん、ご希望があれば、手術や処置などを当院のスタッフと一緒にして頂くこともできます。

患者さんは退院後も引き続きかかりつけ医のもとで治療を受けることができ、かかりつけ医と当院の医師が情報を共有することにより、患者さんは入院中から退院後まで一環した治療を診療所と病院で受けることができます。

開放型病床を利用できるのは事前に当院に登録して頂いている診療所の医師（登録医）に限ります。

登録は「開放型病床登録医届出書（様式1）」を記載の上、地域連携科までFAXの上、原本の郵送をお願いします。



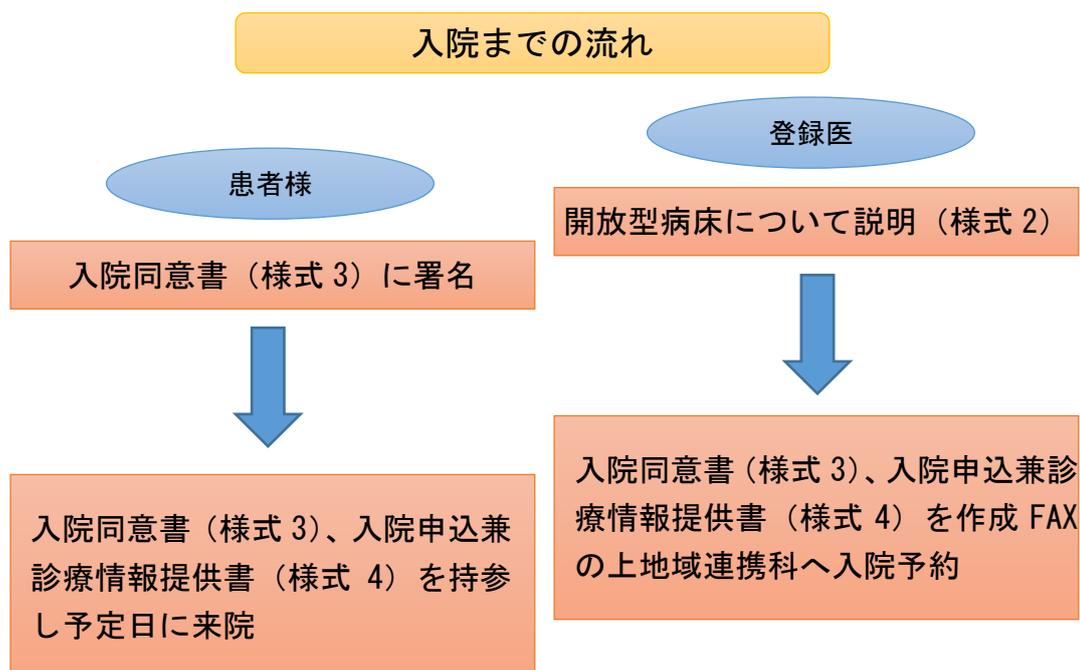
開放型病床ご利用の流れ

1. 登録医が要入院と判断した患者さんに対し、当院が作成した開放型病床案内文書（様式2）を使用して、開放型病床について説明をお願いします。
2. 患者さんの同意を得て、入院同意書（様式3）に署名をいただいでください。
3. 登録医様は、入院申込書兼診療情報提供書（様式4）（ご自身の診療所の様式のものでも結構です）に記入し、入院同意書とともに聖フランシスコ病院・地域連携科にFAXした後、封筒に入れて患者さんにお渡しください。
4. 入院予約は地域連携科までお電話にてご連絡ください。
ただし、休日・時間外のご相談は当直医へお願いいたします。

（対応可能な時間帯：月曜日～金曜日 AM8：30～PM5：00）

電話 095-846-2553（直通）
095-846-1888（代表）

5. 患者さんは、「入院申込書兼診療情報提供書」と「入院同意書」を持参して下さい。



共同診療について



1. 連絡方法及び診療時間帯

登録医様の診療時間について特にございませませんが、診療予定について事前に地域連携科までご連絡をお願いいたします。

(対応可能な時間帯：月曜日～金曜日 AM8：30～PM5：00)

電話 095-846-2553 (直通)

FAX 095-846-7661 (専用)

2. ご連絡いただく内容

登録医氏名・来院予定の日時・診察予定の患者氏名

なお、来院時に主治医と面談を希望される場合はその旨を地域連携科までご連絡下さい。

3. ご来院について

当院に来院された際は、白衣と名札をご準備しておりますので、下記のとおりお立ち寄りください。

月曜日～金曜日 AM8：30～PM5：00 地域連携科

※上記時間外は1階受付にてお申し付けください。

お車でお越しいただき当院の駐車場をご利用の場合は無料処理を行いますので駐車券をご提示ください。

4. 診察について

- 開放型病床に入院されている患者さんまで地域連携科の職員（時間外の場合は受付事務員）がご案内いたします。
- 病棟スタッフステーションで、診療録、検査等の資料をご覧になる場合は、看護師に申し出てください。

5. 診察終了後

- 電子カルテにて診療内容を記録のうえ、内容を出力しお持ち帰りください。
- 地域連携科（時間外は1階受付）にお戻りいただき、来院簿に所定事項のご記入をお願いいたします。

6. 退院について

- 登録医との協議をふまえて、主治医が退院可能と判断したときに退院となります。
- 主治医が退院予定日を決定し、これを患者さんにお知らせいたします。
- 主治医は患者さんの入院を依頼した登録医様に、入院中の経過の概略や退院後の方針などについて相談、診療情報提供書に記入し患者さんにお渡しします。



開放病床ご利用上の診療報酬について

- 入院時 診療情報提供料 : 250 点
- 回診時 開放型病院共同指導料（Ⅰ） : 350 点
（患者一人 1日1回、算定回数の制限はありません）
- 1入院につき1回
 - 退院時共同指導料1（在宅療養支援診療所） : 1,500 点
 - 退院時共同指導料1（上記以外の場合） : 900 点

※患者あるいはその家族に退院後の療養上の必要な指導を行った場合の1回に限る

★診療情報提供料以外は、先生方が当院開放病床ご利用の患者さんを診察後、共同診療録にご記入戴けないと算定できません。

○明細書記載：レセプトの摘要欄に入院日を記載して下さい。

また、退院時共同指導加算算定の際には、摘要欄に退院日の記載を行ってください。

○ご注意：再診料、外来診察料及び往診料などは算定できませんが、診療実日数には加えてください。

※月初め（月初めが休日の場合は休日翌日）に、共同指導日についての報告書をお届けいたしますので、貴院での控えとご照合をお願い致します。相違がございましたら、至急医事課へご連絡ください。

開放型病床 登録医届出書

聖フランシスコ病院
病院長 山崎 和文 殿

聖フランシスコ病院開放型病床運営規定を承認し、同病院の登録医として申請いたします。

年 月 日

フリガナ	生年月日	
登録医師名		
所属医師会名		
フリガナ		
所属医療機関名		
所在地		
電話・FAX	電話	FAX
電子メール		
在宅診療の可否	<input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 在宅療養支援診療所 <input type="checkbox"/> 機能強化型 <input type="checkbox"/> なし	
なお、当院紹介のため当院の情報を、聖フランシスコ病院のホームページや院内掲示することに関しまして (同意します ・ 同意しません)		

開放型病床へ入院していただく患者さんへ

開放型病床とは、あなたのかかりつけ医の先生が、診療にあたって、「入院が必要」と判断した場合に、かかりつけ医の先生と聖フランシスコ病院の医師が、共同して診療にあたることができるシステムです。

このシステムをご利用いただくと、入院中は、聖フランシスコ病院の医師とかかりつけ医の先生の 2 人が主治医と副主治医になります。かかりつけ医の先生は、聖フランシスコ病院の開放型病床に出向いて聖フランシスコ病院の医師と共同で、あなたの診療や指導にあたります。

利点は 2 人の主治医が、同時に共同で診療することで、より安心な診療が受けられます。また、退院後は入院経過を熟知している、かかりつけ医の先生のもとで一貫した診療を継続できることとなります。

お 願 い

あなたの入院中に、かかりつけ医の先生と聖フランシスコ病院の医師が共同診療を行った場合は、共同指導料をご負担していただくこととなります。



聖フランシスコ病院 地域連携科

聖フランシスコ病院 病院長 様

聖フランシスコ病院開放型病床入院同意書

紹介医療機関

医 師 名

この度、私が聖フランシスコ病院に入院するにあたり、同病院の「開放型病床」を利用することに同意します。

年 月 日

住 所

氏 名

生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日

代 理 人

この同意書は、聖フランシスコ病院・地域連携科へ
FAX で送信下さい。

FAX : 095-846-7661

(様式 4)

年 月 日

開放型病床入院申込書 兼 診療情報提供書			
紹介元医療機関名			
連携登録医師名		連携登録医番号	
TEL	FAX	緊急時	

ふりがな		生年月日	性別
患者氏名		明治・大正 昭和・平成 日 年 月	男・女

病名または主訴	
今回、入院が必要な診療科 科 ・ 不明	
入院目的	<input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 診断 ・ 検査 <input type="checkbox"/> その他
病状経過 ・ 検査結果等	
現在までの治療経過 ・ 処方内容等	
備考	
送付先 聖フランシスコ病院 地域連携科 ※右記のFAX番号を確認後、送信してください。	FAX : 095-846-7661 電話 : 095-846-2553