

独立行政法人国立病院機構
呉医療センター開放病床

利用の手引き
(平成26年7月版)

呉市医師会

安芸地区医師会

国立病院機構 呉医療センター

(目的)

当院の開放病床は、急性期・高度医療の治療を行う病床であり、当院担当医と登録医の先生方が相互に医学の研鑽を図り、包括的で一貫性のある安全で良質な医療を提供する事を目的としております。

(開放病床における業務)

1. 対象患者は、登録医が診療に基づいて入院させ、開放病床で当院担当医と共に診療と指導を行うことができる患者です。
2. 共同の診療及び指導のため、登録医は開放病床に来て頂くことが必要です。
(主治医は当院担当医とさせていただきます。)
3. 病床の管理は各担当病棟師長が行います。
4. 患者が開放病床に入院次第、直ちに担当医が診察を行い治療を開始いたします。
5. その他開放病床に係るご要望等は、地域医療連携室へご連絡ください。

I 開放病床登録医

1. 国立病院機構 呉医療センター開放病床登録医を希望される医師会会員は、登録医申請書(様式1)を所属医師会長経由(会長の推薦)で呉医療センター病院長に提出していただきます。
2. 登録医の申請は、何科の医師でもできます。
また、保険指定医の兼務届は必要といたしません。
3. 登録医に対し、呉医療センター院長から登録医証(様式2)を交付いたします。
なお、登録期間は1カ年とし、病院及び登録医双方に異存のない場合は、自動的に延長いたします。(但し、登録の年は年度末にて更新します。)
4. 登録医としての留意事項は次のとおりです。
 - (1) お車でお越しの場合は病院の駐車場をご利用ください。駐車無料券を地域医療連携室来室時にお渡しします。
 - (2) ご来院の際は、外来棟1階地域医療連携室にお越しくください。
 - ・出勤簿(様式6)に押印し、併せて来院時間等をご記入ください。
 - ・白衣、ネームプレートをお渡しいたしますのでご利用ください。(地域医療連携室内にロッカーを設置いたします。)
 - ・なお、貴重品類は必要でしたら地域医療連携室にてお預けください。
 - (4) 開放病床の病棟に入る際はナースステーションで来院を告げてください。

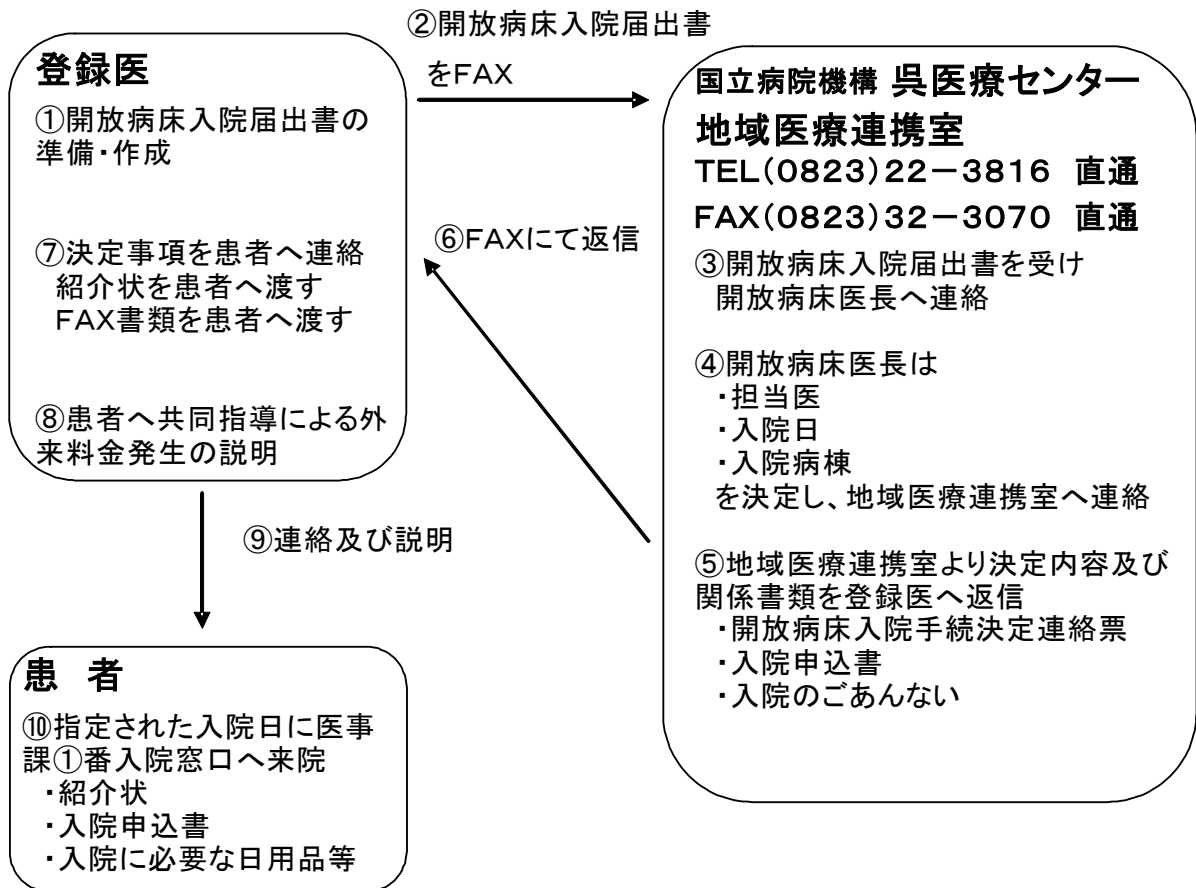
当院の担当医と共同して診療していただきます。（担当医へは地域医療連携室から予約時及び来院時の二度、事前に連絡を入れておきます）
※担当医が都合のつかない場合は代理医を立てることと致します。

- (5) 診察は、病室若しくは診察室にて行ってください。
- (6) 開放型病院共同指導の内容を開放型病院共同指導票（様式9）へ御記載ください。（電子カルテへの登録は当院担当医が行います。）
又、登録医の医院の同患者診療録にも当院での指導等の内容を記載願います。（指導票（複写）あるいは当院カルテの印刷物添付でも可）
尚、開放病床を利用される登録医は、担当医と連絡、連携して診療にあたるようお願いいたします。
- (7) 使用薬剤、検査項目はあらかじめ病院で用意した中から選択していただきます。なお、薬剤の使用や検査等を依頼する場合は、担当医と協議してください。
- (8) お帰りの際に、地域医療連携室へお寄りください。白衣、ネームプレート等をご返却ください。また、開放型病院共同指導実施票（様式7）へ共同指導をした日の箇所へ○印を記載してください。
- (9) 開放病床における登録医の診療時間は、原則として午後1時～5時まで（土曜日、日曜日及び祝祭日を除く。）をお願いいたします。
- (10) 時間外（平日17時以降の時間並びに土・日曜日及び祝祭日）診療を行う場合は、予め地域医療連携室にご連絡ください。
なお、時間外の出勤簿の押印、ネームプレート等の受け渡しについては、救急外来受付にてお願いいたします。
- (11) 緊急時の連絡先
急変時は担当医（時間外の場合は当直医）から登録医に連絡いたしますので、緊急時の連絡先を「登録医申請書」に必ずご記入ください。
- (12) 必要に応じて症例検討会（開放病床カンファレンス）を担当医、登録医、看護師、栄養士、薬剤師で実施いたしますので、ご参加ください。
- (13) 登録医は、院内医師の教育にも積極的に参加、協力してください。
- (14) 患者死亡の場合は、担当医と登録医は遺族から病理解剖の許可を得られるようご協力ください。
- (15) 登録医は病院の諸規則及び本手引きを遵守してください。

II 入院手続

1. 登録医は、開放病床入院届出書（様式3）に病状、入院目的を記載のうえで、FAXにて地域医療連携室に連絡してください。
2. 連絡を受けた地域医療連携室員は開放病床医長に連絡を行い、開放病床医長は、担当医となる病院のスタッフ医師を決めて地域医療連携室に連絡いたします。
3. 登録医へは地域医療連携室より開放病床入院手続関係連絡表（様式4）、入院申込書、入院のご案内をFAXにて送信させていただきます。
4. 開放病床医長不在の場合は、内科系診療部長、外科系診療部長のいずれかへ連絡して入院手配をいたします。
5. 開放病床は原則、8A病棟（外科系、2床）、8B病棟（内科系、3床）としております。
6. 入院時間は原則として、平日午前10時～12時としております。（以外の場合は地域連携室へご相談下さい。）
入院予約については、平日午前8時30分～午後5時の間に御連絡ください。
7. 時間外及び緊急入院の場合
平日午後5時以降、土・日曜日、祝祭日等の緊急入院の場合は、救急の紹介患者として取り扱います。この場合は救急外来へご連絡ください。なお、症状改善後に開放病床へ収容するかどうか担当医と登録医による協議により可能です。（入院後、担当医と協議のうえ、開放病床患者となる場合は、速やかに下記8の手続きをとることになります。）
8. 入院依頼時、又は入院確定後に開放病床入院届出書（様式3）に必要事項を記入の上、地域医療連携室へFAXにて提出してください。
（届出を忘れると開放病床患者として保険請求が出来ませんのでご注意ください）

国立病院機構 呉医療センター 開放病床 入院手順フロー



Ⅲ 退院

1. 退院は担当医と登録医が協議して決定いたします。
2. 退院日までに退院時の整理を担当医が登録医と共同して行い、サマリーを完成させ、各1部を病院、登録医で保存してください。（当院担当医が電子カルテ登録を行い、記載内容をプリントアウトしたものをお渡しします。）

IV 開放型病院共同指導料の請求

○登録医の先生方へのお願い

1. 入院が決定したら事前に開放型病院共同指導料（I）について、患者に説明してください。なお、その際の自己負担金は、高額療養費自己負担分の枠外となるので、その旨をご説明ください。
当院からも入院時に「開放型病院共同指導料のご説明（様式8）」を患者に配布いたします。
2. 開放型病院共同指導料（I）は、病院企画課医事係から送付した開放型病院共同指導実施票（様式7）に基づいて診療報酬請求をしていただきます。
当院から毎月末及び退院時に開放型病院共同指導実施票（様式7）を作成し、退院分及び入院中のものをまとめて登録医に送付いたします。
3. 開放型病院共同指導料（I）に対する患者負担分については、病院が代理徴収を行い、後日銀行振込みにより登録医にお支払いいたします。銀行振込手数料は当院が負担いたします。
※銀行振込を行う際には「銀行振込依頼書」（様式10）を事前に提出して頂き、口座の登録が必要となります。

(様式1)

登録番号	
登録年月日	

登 録 医 申 請 書

私は、国立病院機構呉医療センター開放病床の登録医の申請をいたします。

平成 年 月 日

国立病院機構呉医療センター院長
谷山 清己 殿

申請者

医師氏名 _____ 印

ふりがな				男	生年月日	明・大・昭 年 月 日
氏名				女		
病院又は 診療所	名称					
	所在地	(〒 -)				
	電話(平日等)					
	緊急時①(携帯)					
	緊急時②(固定等)					
	標榜診療科名					
医大 卒次						
上記の者を国立病院機構 呉医療センター開放病床の登録医として推薦します。 平成 年 月 日 推薦者 _____ 印						

(様式2)

第 号

登 録 医 証

殿

貴殿は、国立病院機構呉医療センター開放病床を利用する登録された医師であることを証します。

期 間 自 平成 年 月 日
至 平成 年 月 日

平成 年 月 日

国立病院機構呉医療センター院長

谷山 清己

(注) 病院及び登録医双方に異存のない場合は、登録期間を自動的に延長いたします。

(様式3)

開放病床入院届出書

国立病院機構 呉医療センター 地域医療連携室 御中

平成 年 月 日

〒737-0023

登録医医療機関の所在地

広島県呉市青山町3番1号

名称

TEL 0823-22-3816 [直通]

医師氏名

FAX 0823-32-3070 [直通]

TEL

FAX

フリガナ 氏名	----- 様	
国立病院呉医療センター 診察券番号	-----	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	男・女
郵便番号	〒 -----	
現住所	-----	
電話	-----	

★当院診察券をお持ちの方
★当院への受診歴のある方
につきましては
◎「氏名」
◎「生年月日」
◎「診察券番号」
(貴院へ持参されている場合)
のみの記入で結構です

希望診療科	一般内科	腎臓内科	循環器内科	血液腫瘍内科	神経内科	呼吸器科	消化器科	循環器科	精神科	小児科	外科	乳腺外科	整形外科	形成外科	緩和ケア
	脳神経外科	呼吸器科	心臓血管外科	小児外科	皮膚科	泌尿器科	産科	婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	歯科口腔外科	麻酔科	病理外来	放射線科	放射線診断科

希望 医師名	[] 医師 . 指定なし	
ADL (該当 に○)	移動 (車いす ストレッチャー)	感染症 ()
	精神 (痴呆 徘徊)	褥 創 (部位 :)

診療情報提供内容 (紹介状は別途必要となります)

傷病名・既往歴及び家族歴・症状経過・検査結果及び治療結果・現在の処方・備考等

希望入院日

・第1希望 月 日 () ・第2希望 月 日 ()

(様式4)

開放病床入院手続決定連絡票

開放病床登録医

先生

国立病院機構 呉医療センター
地域医療連携室

開放病床へ入院手配依頼のございました

.....様にかかる入院手続きは

下記のとおり整いましたので御連絡いたします。

入院当日は外来ホール1階、医事課1番入院窓口

いらしていただくようお願いいただければ幸甚です。

記

1. 入院日 平成.....年.....月.....日
2. 入院病棟階.....病棟
3. 担当医 (.....科)

(様式5)

入院申込書・身元引受書（国立病院機構 呉医療センターで利用している書式）

(様式6)

出 勤 簿 (平成 年度)

氏 名	
病院又は診療所名	

月 日	登録医 押印	来 院 時 間	帰 院 時 間	月 日	登録医 押印	来 院 時 間	帰 院 時 間
		:	:			:	:
		:	:			:	:
		:	:			:	:
		:	:			:	:
		:	:			:	:
		:	:			:	:
		:	:			:	:
		:	:			:	:
		:	:			:	:
		:	:			:	:
		:	:			:	:
		:	:			:	:
		:	:			:	:
		:	:			:	:
		:	:			:	:
		:	:			:	:
		:	:			:	:
		:	:			:	:
		:	:			:	:

(様式7)

開放型病院共同指導実施票

(平成 年 月分)

患者番号

氏 名

生年月日

性 別

共同指導を実施された日に「○印」をお付けください。実施票（登録医控分）は、翌月初めに、企画課より送付させていただきます。

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

入院日 月 日

登録医

先生

退院日 月 日

担当医

先生

指導実施数		患者一部負担金	支払い決定額
開放病院共同指導料	回 @		¥
退院時指導料 (地域連携退院時共同指導料)	@		¥

病名記入欄	診療開始年月日	病名記入欄	診療開始年月日
(1)	年 月 日	(3)	年 月 日
(2)	年 月 日	(4)	年 月 日

開放型病院共同指導実施（平成 年 月 日）を上記のとおり報告いたします。

登録医 殿

国立病院機構 呉医療センター事務部企画課長

(様式 8)

開放病床ご入院の患者様へ

国立病院機構呉医療センター

院長 谷山 清己

開放型病院共同指導料のご説明

この指導料は、皆様方を登録医（紹介医）の先生が当院に紹介のうえ入院して頂き、当院の開放病床で担当医（当院医師）と共同して診療及び指導を行った際に、法令の定めによって算定されるものです。

当院では、開放型病院共同指導料を毎月末に締め切り、翌月 10 日頃を目途に入院料等と同時に お支払い頂くようになっております。（ただし、ご退院の際は退院日）

ご不明の点がございましたら、医事課 1 番入院窓口でご遠慮なくお尋ね下さい。

1 日も早くご快方に向かわれることをお祈り申し上げます。

(様式 9)

(A 6 版)

開放型病院共同指導 (I)

① 紹介医用

患者名		カルテ No.	
紹介医名		医 院 名	
指導月日	年 月 日	病 棟 名	8A ・ 8B ・ その他 ()
共同指導事項 (該当事項に V チェック)			
<input type="checkbox"/> 全身状態、検査成績のチェック			
<input type="checkbox"/> 生活指導、食事指導			
<input type="checkbox"/> 検査及び治療方針の検討			
<input type="checkbox"/> 経過観察			
<input type="checkbox"/> 退院時指導			
紹介医記事			

<input type="checkbox"/> 電子カルテ登録済み			
開放型病院医師記事			
医師名			

<input type="checkbox"/> 電子カルテへ記載済み			

呉医療センター

(様式 1 0)

銀行振込依頼書

平成 年 月 日 以降貴院より私に支払われるべき代金はすべて、下記銀行に振込方お願いいたします。

また、私に支払われる代金はすべて、下記口座に受領いたします。

尚、私に対する貴院のお支払は、お振込と同時に領収したものと承知いたします。

記	
振込銀行	銀行コード <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 支店コード (店番) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 銀行 出張所 金庫 店
振込 口座 番号	普通 当座 別段預金 番号
フリガナ	
振込 口座 名義	

〒
住 所
会 社 名
氏 名
T E L 印

独立行政法人国立病院機構 呉医療センター院長 殿

- ※ 振込口座名義は省略することなく通帳に記されているとおりにご記入していただき必ずフリガナをふってください。
- ※ 銀行コードについて不明時は空欄で、店番は通帳にあるものをご記入下さい。
- ※ 変更された場合、変更後のお振り込み先をお知らせください。