

石川県立中央病院長 様
登録医

開放病床利用 同意書

開放型病床入院の説明を受け、今回の入院に際し開放型病床を利用し、共同指導があった場合は、それに伴う診療費用を負担することに同意します。

年 月 日

患者氏名 _____

親族または

代理人氏名 _____ 続柄 (_____)

紹介医療機関名 _____

紹介登録医師名 _____

説明医師名 _____ (印)

_____ 科 (入院決定日： 年 月 日)

石川県立中央病院