

(様式1)

年 月 日

病床共同利用申込書

< 紹介先 > 山口県済生会下関総合病院地域医療連携室
FAX 083(262)2320 TEL 083(262)2321

紹介元医療機関			
登録医氏名		登録医番号	
T E L		F A X	

ふりがな			0男 1女	
患者氏名				
生年月日	1明治 2大正 3昭和 4平成	年	月	日生
現住所	〒 -			
電 話				
<input type="checkbox"/> 患者様へ共同利用病床にご入院の趣旨を説明し、同意を得ました。				

希望診療科		希望医師	
希望入院日	第1希望日: 月 日	第2希望日: 月 日	
病名または主訴			
病状経過・検査結果			
現在までの治療経過・処方内容			
患者様の急変、緊急時の対応			
<input type="checkbox"/> 呼び出しをしてください。 <input type="checkbox"/> 担当医に一任します。			
<input type="checkbox"/> その他()			