

「開放病床」利用届出書

福山市民病院 医療支援センター地域医療連携課 行
(FAX:084-946-5209)

年 月 日

登録医療機関の所在地

登録医療機関名

登録医師名



電話番号

F A X 番号

フリガナ		生年月日	性	男・女
患者名前		年 月 日	別	女

紹介目的	開放病床利用による入院			
希望診療科				
症状経過 及び 治療経過	(傷病名・既往歴及び症状経過・検査結果等、簡単にご記入ください。)			
外来診察 希望日	第1希望	月 日 ()	第2希望	月 日 ()
入院希望日	第1希望	月 日 ()	第2希望	月 日 ()

※診療情報提供書または紹介患者事前申込用紙(FAX用)により開放病床利用の旨が記入されている場合は、この届出は不要です。

※備考(医師への依頼事項等がありましたら、ご記載ください)

--

※紹介状は別途必要となります。