

(様式3)

平成 年 月 日

開放病床入院申込書

<紹介先 国家公務員共済組合連合会 呉共済病院地域医療連携室
FAX 0823(22)2116 TEL 0823(22)2111

紹介元医療機関			
登録医氏名		登録医番号	
TEL		FAX	

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				
患者様へ開放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 呼び出しをしてください。 担当医に一任します。 その他()			