

開放型病院共同指導

患者名				ID	
紹介医名				医療機関名	
指導月日	年	月	日()	:	~ :
共同指導事項	<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 (該当事項にチェック)				
	<input type="checkbox"/> 検査及び治療方針の検討 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> その他()				
紹介医記事					