開放型病床（共同指導）回答書兼受診票

医療機関名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿先生御侍史

この度、先生よりご紹介の患者様につきまして、下記の通りとさせていただきます。

1、入院紹介患者氏名　＿＿＿＿＿様

2、共同指導　（　　）

3、共同指導日（入院日）＿＿＿＿年　月　日

4、診 療 科　（　　）

＜患者様へ＞

※当日は、荒尾市立有明医療センター（総合受付）までおこし下さい。

※当日は、開放型病床利用依頼書、（共同指導）回答書兼受診票、承諾書（原本）、保険証ならびに荒尾市立有明医療センターの診察券（お持ちの方は）をご持参ください。

※予定日にご来院できなくなられた時、あるいは不明な点がありましたら下記へ御連絡ください。

年　月　日

担当科：　　担当医：＿＿＿＿＿＿＿＿

〒864-0041　熊本県荒尾市荒尾2600番地

荒尾市立有明医療センター

＜時間内＞患者サポート・医療連携室　TEL 0968－63－1115(内線)2111/2112

＜時間外＞救急外来　TEL 0968－63－1115(内線)

当院チェック欄　□FAX 送信　□病棟連絡