

開放型病院共同指導票

患者ID : _____
患者氏名 : _____ 性別 : _____
生年月日 : _____ 年齢 : _____

指導年月日		
登録医記事		
登録医氏名		※ ☐ 電子カルテへ記載済

当院担当医記事		
担当医氏名		※ ☐ 電子カルテへ記載済
※電子カルテに記載済みの場合は、☐ 内にし点チェックを入れて下さい。 ●登録医の先生記入後、地域連携部が確認し出力しコピーをお渡しいたします。 ●地域連携部は、当院担当医へ記事記載を依頼。出来上がり次第スキャンし、患者コメントへ入力。 ●原本は、当院医事課で保管し、コピーを登録医の先生へ郵送いたします。		