

開放型病院共同指導実施票

平成 年 月分

患者番号

患者名前

生年月日 M. T. S. H 年 月 日生

共同指導（診療）を実施された日に 印を付けていますので、ご
確認ください。

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
共同指導（診療）実施回数								主治医							
開放型病院共同指導料（ ）						回									
入院日		年 月 日						退院日		年 月 日					

開放型病院共同指導（診療）の実施状況を上記のとおり報告いたします。

平成 年 月 日

（登録医）

様

石川県立中央病院
地域医療連携室