

## 開放型病院共同指導実施票

年 月 分

患者番号

患者氏名 様

生年月日 T. S. H. R 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（Ⅰ） |    |       |    |    |    | 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。

年 月 日

(登録医)

先生

石川県立中央病院  
地域医療連携室