様式第5号

開放病床共同指導箋

登録医師名（自筆でご記入ください）　　主治医

患者氏名：				（　男　・　女　）	
生年月日：	年	月	日		
訪問日時：	年	月	日	時	分
療養上の共同指導					

※　原本を必ず当院の開放病床のナースステーションにご提出下さい。
　　看護師が複写しますので、1部を登録医の控えとしてお持ち帰り下さい。

市立加西病院