

オープン病床入院届出書

患者 住所

氏名 _____ 様 男 ・ 女

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

主訴及び診断名

病 歴

上記の患者は、開放型病床への入院を希望されますので、届出いたします。

射水市民病院 院長 島多 勝夫 殿

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

登録医 住 所
医療機関名
氏 名 _____