

開放型病床利用申し込み書

JCHO 札幌北辰病院「医療連携・相談室」

FAX 893-3340

医療機関名
住 所
電 話 番 号
F A X
医 師 名

ふりがな		生年月日	性 別
患者氏名			
住所 電話番号			
傷病名			
紹介目的 手術名 希望日時	開放型病床利用希望日時 年 月 日 :		
既往歴及び 家族歴			
症状経過及 び 検査結果			
治療経過			
現在の 処方等			