様式第５号

# 開放型病院共同指導箋

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　午前　・　午後　　時　　分 | |
| 療養上の共同指導 | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

※　２部印刷し、１部に署名のうえ、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。
　　残りの１部は登録医の控えとしてお持ち帰り下さい。