

オープン病床入院申込書

施設名 _____ 登録医氏名 _____ 登録番号 _____
電話番号 _____ - _____ - _____ FAX 番号 _____ - _____ - _____

患者氏名	性別 男 ・ 女	年 月 日生
住所		

市立堺病院受診歴 有 ・ 無 ・ 不明（この欄は必ずご記入ください）
希望病室 特室 ・ 個室 ・ 総

病名又は主訴
オープン病床入院目的 <input type="checkbox"/> 診断・検査 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> その他（ ）
症状経過・検査結果
現在までの治療経過・処方内容
備考