

令和 年 月 日

共同利用病床入院届

(紹介先)

松江市立病院

科

(紹介元)

医療機関名

医師

地域連携室

TEL : 0852-60-8082 (直通)

FAX : 0852-60-8080 (直通)

TEL : () -

FAX : () -

医師名

フリガナ	性別	生年月日
患者氏名	男・女	年 月 日 (歳)
住所		
連絡先 () -		
傷病名 (主訴)		
入院目的		
既往歴及び家族歴		
アレルギー (有 ・ 無)		
治療経過・服薬の状況と現在の状況		