

開放型病床申込書

病診連携行 FAX 048-280-2525

年 月 日

紹介先

川口市立医療センター

科 先生

紹介元医療機関

所在地

登録医

TEL

FAX

フリガナ

患者氏名： 様 男・女 M・T・S・H 年 月 日生（ 歳）

住所： TEL：

受診歴（有・無・不詳） *（有）の場合はID番号（ ）

紹介目的	
病名 (主訴)	
既往歴 (家族歴)	
	薬剤アレルギー（有・無）
病状経過 治療経過 検査結果	
現在の処方	