

(様式4)

# 〈FAX送信票〉 「開放病床」共同指導（診療）日程報告書

令和 年 月 日

登録医療機関名

先生

北九州市立医療センター  
医療連携室

平成 年 月 日付の「開放病床入院届出書」に係る開放病床利用患者の  
指導（診療）日程について、下記のとおり決定しましたので報告します。

患者氏名	
診療科	
主治医 (担当医)	
共同指導（診療）日程	
通信欄	

※ 共同指導（診療）当日は、はじめに医療連携室にお越しく下さい。

※ 急遽、共同指導・診療ができなくなった場合は、医療連携室にご連絡ください。

医療連携室

TEL 093-533-8660

FAX 093-533-8718

\* 電話連絡でも可能。カルテにその旨を記載する。