

(様式9)

開放病床共同指導実施票

年 月 日

患者番号：

患者氏名：

生年月日：

登録医		主治医 (担当医)	
入院日	年 月 日	退院日	年 月 日

共同指導（診療）実施日

※共同指導（診療）を実施された日に「○印」をつけていますので、ご確認ください。

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
共同指導（診療）実施回数															
開放型病院共同指導料（Ⅰ）							回								

※開放病床共同指導（診療）の実施状況を上記のとおり報告いたします。

年 月 日

先生

北九州市立医療センター
(医療連携室)
093-533-8660