

必ずご提出下さい

休日・夜間診療実施報告書

一般社団法人 筑紫医師会

診療年月日	年 月 日 (曜日)	医療機関名	
-------	---------------	-------	--

※以下①、②、③ご記入ください。

①区分

[休 日]		内科	小児科	外科	産婦科	その他	計
9:00 ～ 17:00 患者数	外 来						
	入 院						
	計						
[夜 間]		内科	小児科	外科	産婦科	その他	計
17:00 ～ 9:00 患者数	外 来						
	入 院						
	計						

②取り扱い患者の来院方法

△	(1)初期救急医療施設から転送			(2)その他			(1)+(2)計
	救急車	その他	計	救急車	その他	計	
外 来							
入 院							
計							

③診療に従事した人数

△	医師	看護師	放射線技師	検査技師	薬剤師	その他
人 数						

※お手数ですが、メール又はFAXでのご報告をお願い申し上げます。

筑紫医師会 メール:chikushi-ishikai@ishikai.org FAX: 929-4376

※本用紙は「筑紫医師会ホームページ」→「ダウンロード」→「医療関係の方向け」→「休日・夜間診療実施報告書」ページからもダウンロードできます。