

様式4別紙

施設名	枚中 枚目
-----	-------

照会 番号	患者ID	患者氏名	性別	生年月日 (西暦)	自施設診断日 (西暦)	登録室使用欄
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						

注) 記入欄が不足する場合は、適宜追加する。