

## 後方支援病床 回答書

&lt;後方支援病床登録機関→依頼元医療機関&gt;

日時： 年 月 日

御中

患者氏名 : (イニシャル) (男・女) 歳

依頼日 : 年 月 日

上記の症例に関しては、下記のとおりであります。

後方支援病床として  受け入れ可能  
 受け入れ不可能

(発信元)

医療機関名:

氏 名:

電話番号: