

第18号様式 (第44条関係)

局長	次長	第 二 官 監 理 官	処遇部門 首 席	処遇企画 統 括	処遇担当 統 括	看 守 者 副 看 守 者	看 守 者 副 看 守 者	担 当 官	診 療 室
		丙							
被收容者申出書 (診療) APPLICATIONFORM									
被 収 容 者 名 氏 名 Name	号 (RoomNo ) 人 (Nationality ) 通 称 Nickname								
申 出 年 月 日 Date	年 Year			月 Month			日 (受付時間) Day		
申 出 の CONTENTS 内 容	<input type="checkbox"/> 診療を希望します。 I wish to see a doctor. (どのような病状ですか?、いつから?、どの部分が?) (What's the symptoms? Since when? Where?)  <input type="checkbox"/> 投薬継続を希望します。 I wish to continue using prescription drugs.								
官 用 欄	診療室意見 <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 看護師等確認 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療								
	診療室指示事項 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無								
	診療実施の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 診療日 <input type="checkbox"/> 無 理由 <input type="checkbox"/> 出所 <input type="checkbox"/> その他								