

(様式5)

医療連携登録医制度

入院患者共同診療申込書

公立置賜総合病院 医療連携・相談室 宛 FAX 0238 (46) 5721

医療機関名 _____

登録医名 _____

Tel. _____ Fax. _____

下記のとおり、入院患者の共同診療を申し込みます。

患者名 1	フリガナ	診療科名	性別
			男 女
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)		
共同診療 第1希望日	年 月 日	午前 午後	～ ～
共同診療 第2希望日	年 月 日	午前 午後	～ ～

患者名 2	フリガナ	診療科名	性別
			男 女
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)		
共同診療 第1希望日	年 月 日	午前 午後	～ ～
共同診療 第2希望日	年 月 日	午前 午後	～ ～