

# 共同診療申込書

送信先：県立新発田病院地域連携センター  
FAX番号 0254-22-5374 (直通)  
電話番号 0254-22-3258 (直通)

★予約受付時間 平日8:30～16:30

依頼月日 年 月 日 所在地

医療機関名

★予約日に関する希望

電話番号

FAX番号

医師名

予約される診療科

病 名

フリガナ	旧姓	男・女
患者氏名	( )	
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)	

この患者さんが入院された場合に共同診療を希望される方は、チェックを入れてください。

主治医となる。  副主治医となる。

この患者さんが手術をうけることになった場合に手術参加を希望される方は、チェックを入れてください。

注) 執刀、助手はあらかじめ執刀・助手登録をされている必要があります。

執刀する  助手をする  見学する

産婦人科医の連携登録医で、当院分娩室の使用を希望される方は、チェックを入れてください。

注) 共同診療の主治医となった場合に限り、当院産婦人科医師の許可を得ている必要があります。

希望します

※センター⇒連携登録医様 / 共同診療許可書 年 月 日

医療機関名 医師名 先生

共同診療を許可します。  手術参加を許可します。  別紙の理由で不許可となりました。

県立新発田病院 科 担当医