

(様式1)

都立墨東病院 医療連携担当 宛 FAX 03-3633-7130

共同利用申込書

申込日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 _____

利用者名 _____ (印)

Tel. _____

Fax. _____

下記のとおり、共同利用を申し込みます。また、共同利用で知り得た一切の情報は、第三者に開示又は漏洩しません。

患者名	フリガナ	診療科名	性別
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日 (歳)	
内容	<input type="checkbox"/> 紹介患者に関する診察 (経過観察) <input type="checkbox"/> 紹介患者に関する手術見学 <input type="checkbox"/> 紹介患者に関する診療記録の閲覧 (診察や手術見学を伴わない場合)		
共同利用 第1希望日	年 月 日	午前 ~ 午後 ~	
共同利用 第2希望日	年 月 日	午前 ~ 午後 ~	
共同利用 第3希望日	年 月 日	午前 ~ 午後 ~	

※ 本申込書は個人情報保護の誓約書となります。連携登録医の方は、共同利用当日に原本及び身分証をご持参ください (ご本人確認をさせていただきます)。

※ 申込受付及び共同利用可能時間は平日 9時~17時(最終利用開始時間は16時)です。

※ 業務都合等により、上記日程でお受けできない場合もございます。

※ 共同利用実施後、「共同利用実施記録書 (様式2)」をご提出いただきます。