

(様式 2)

## 共同利用実施記録書

※ 日 時	平成 年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分頃から			
※ 登録医療機関名				
※ 利用者名				
患者情報	患者氏名	生年月日	患者 I D	診療科名
				科
	院内担当医師名	病棟名	病室番号	
実施内容	(登録医の先生はこの欄のみご記入ください。)			
	サイン：			
特記事項	(伝達事項等ございましたらご記入ください。)			

※欄は、あらかじめ墨東病院で記入します。