

年 月 日

白十字病院

患者支援センター地域医療連携窓口 行

直通TEL:092-834-2507

直通FAX:092-891-2558

医療機関名

医師氏名

共同指導申込書

この度、下記の要領で共同指導を行いたいと存じますので、よろしくお願いいたします。
(平日14:00～16:00)

日時	年	月	日	時	分頃 (24時間表記)
患者名	様			様	
	生年月日	年	月	日	生年月日 年 月 日
	様			様	
	生年月日	年	月	日	生年月日 年 月 日
白十字病院主治医への希望	☐ 白十字病院へ往診時、主治医に同席を希望します。 ☐ 同席されなくても結構ですが、カルテに症状経過等、申し送りの記載をお願いします。 ☐ その他の要望事項				