

(様式5)

F A X 0 2 3 ( 6 8 5 ) 2 6 0 6

「協力医」制度  
入院患者共同診療申込書

山形県立中央病院地域医療部 宛

医療機関名 \_\_\_\_\_

協力医名 \_\_\_\_\_

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	フリガナ	性別
		男・女
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日 ( 歳)
住 所		
協力医の先生 の関わり (経過等)		
協力医の先生 の診療目的		
共同診療 希望日等		

(様式6)

FAX 023 (685) 2606

## 「協力医」制度 医療機器共同利用申込書

山形県立中央病院地域医療部 宛

医療機関名 \_\_\_\_\_

協力医名 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

下記のとおり、医療機器の共同利用を申し込みます。

患者名	フリガナ	性別
		男・女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)	
住 所		
当院受診歴	有 ・ 無 ID ( )	
依頼内容	1 利用機器 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> その他	
	2 病状等	
特記事項		