

## 奈良県立医科大学附属病院 連携登録医

## カルテ閲覧/病室訪問 申込票

・太枠内をご記入ください。(※は必須項目)

申請日：令和 年 月 日

申請者※		登録医No.		申請者 生年月日※ (ID作成の為)	年 月 日
所属医療機関※			TEL※		
カルテ閲覧/病室訪問 利用回数	初めて ( ) 回目				
申込区分※	<input type="checkbox"/> 電子カルテ閲覧 <input type="checkbox"/> 病室訪問				
希望日時※ (平日 13:00~ 17:00内)	<第1希望> 月 日 ( ) : ~ : <第2希望> 月 日 ( ) : ~ :				
対象患者氏名※			患者生年月日※	年 月 日	
その他連絡事項等					
事務記入欄	患者ID		診療科		
	病棟(号室)	( )	主治医(病棟医)	( )	
	備考				

申し込み受付後、当院よりお電話にて回答させていただきます。

院内調整の上ご連絡いたしますので、お時間をいただく場合があります。ご了承ください。

<b>お申込先 ▶▶▶</b> (FAX 送信、メール添付、 もしくはお電話にて直接お申 し込みください。)	奈良県立医科大学附属病院 地域医療連携室 〒634-8522 奈良県橿原市四条町 840 <b>TEL : 0744-29-8022 FAX : 0744-23-9923</b> <b>MAIL : tourokui@narmed-u.ac.jp</b>
---	--

※当院記入欄

受信者	処理担当者	立会職員	主治医 同意	患者 同意
			可 / 否	可 / 否