

主治医・副主治制 依頼書（主治医用）

令和 年 月 日

1) 主治医情報

医療機関名		氏名	
住所		連絡先	
医療機関の施設基準	在支診3 在支診の届出なし その他（ ）		
副主治医への依頼日	①令和 年 月 日（ ） 時～令和 年 月 日（ ） 時		
	②令和 年 月 日（ ） 時～令和 年 月 日（ ） 時		
依頼内容	①看取り待機（ ）件 / 通常の往診待機（ ）件		
	②看取り待機（ ）件 / 通常の往診待機（ ）件		
依頼理由	<input type="checkbox"/> 研修会、学会等出席のため		<input type="checkbox"/> その他：_____
	<input type="checkbox"/> 冠婚葬祭のため		

↑ 当てはまるものに✓を入れてください

2) 副主治医情報（希望する順に3名記載）※太枠内をご記入ください

令和 年 月 日（ ） 時 ～令和 年 月 日（ ） 時	①	医療機関名		氏名	
令和 年 月 日（ ） 時 ～令和 年 月 日（ ） 時	②	医療機関名		氏名	
令和 年 月 日（ ） 時 ～令和 年 月 日（ ） 時	③	医療機関名		氏名	

↑ 連携センターがマッチングした副主治医欄へチェックしその対応日時を記入後、主治医へ返却

[特記事項等があればご記入ください]

--

【調整担当】とまこまい医療介護連携センター

TEL 0144-37-0177

FAX 0144-37-0178