

FAX：05979-3-1301

郵送の場合：〒519-5293 三重県南牟婁郡御浜町大字阿田和4750 紀南病院 地域連携室宛て

年 月 日

診療情報提供書作成依頼書

紀南病院長 殿

下記患者の診療情報提供書の作成をお願いいたします。

【患者情報】

フリガナ	
患者氏名	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日(年齢)	年 月 日 (歳)
住所	〒

【依頼内容】

診療科		医師名	
紹介先医療機関名		紹介先医師名	
情報提供 記載必要事項	<input type="checkbox"/> 診療内容 <input type="checkbox"/> 処方内容 <input type="checkbox"/> 各種検査結果 <input type="checkbox"/> その他 ()		
利用目的			

【申込者】

所属機関	
所在地	〒
氏名	
電話番号	

【連絡先】文書の完成を連絡させていただく際、申込者以外へ電話する場合はご記入下さい。

電話番号(連絡用)		氏名(連絡用)	
-----------	--	---------	--

【患者・家族の同意】

下記のとおり、患者(または家族)より同意確認しています。

同意確認	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書の申し込みと支払いに同意します。
同意が取れない場合	<input type="checkbox"/> 生命、身体または財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難である。