

送付先住所：770-8539 徳島市蔵本町1丁目10-3

FAX：0120-631-715

令和 年 月 日

### 診療情報提供書作成依頼書

徳島県立中央病院長 殿  
(患者支援センター 地域連携室 行)

下記患者の診療にあたり、貴院での診療情報提供書の作成をお願いいたします。

\* 診療経過

\* 情報提供記載必要事項

診療内容 処方内容 各種検査結果 その他 ( )

#### 【患者情報】

フリガナ		中央病院 ID	
患者氏名		性 別	男 · 女
生年月日 (年齢)	M・T・S・H・R	年 月 日 ( )	歳)
住 所			
中央病院診療科 · 担当医師名	科 医師		
入院者情報	現在、医療機関に入院 [ <input type="checkbox"/> している · <input type="checkbox"/> していない] 入院料区分 [ <input type="checkbox"/> DPC 対象病院 (医事担当者： ) · <input type="checkbox"/> それ以外の医療機関]		

#### 【患者同意】

患者・家族署名欄	徳島県立中央病院における診療情報提供書(画像診断用データの書き出しを含む) の作成に同意します  _____ 氏名 (続柄 : )
同意がとれない場合	<input type="checkbox"/> 人の生命、身体又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。

#### 【依頼医師】

施設名

所在地

医師名

\* 依頼者は医師に限ります。また、内容によっては、記載または作成できない場合もあります。