

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。