

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 <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 ()

【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) の作成及びそれに係る料金の支払いに同意します 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。

* 当院を1ヶ月以内に受診していない方については、保険証や医療費助成に係る受給者証等の写しも併せて送付ください。

* 当院より診療情報提供書料金の請求があることを患者さんにご説明申し上げます。DPC 病院入院中の場合は、依頼施設へ請求させていただきます。