

送付先住所: 〒882-0037 宮崎県延岡市山月町 5-5679-1

FAX: 0982-20-2375

依頼日: 年 月 日

## 診療情報提供書作成依頼書

医療法人伸和会 延岡共立病院 院長

(地域医療連携室 行)

### 【依頼医師】

医療機関名:

所在地:

診療科:

医師名:

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	
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	
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 ]

### 【患者・家族の同意】

署 名 欄	診療情報提供書の申込みと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"/> 生命、身体または財産の保護のために必要があるなどの場合で、 本人の同意を得ることが困難である。

※診療情報提供書作成依頼については、利用手順と留意事項を参照ください。