

# 診療情報 照会依頼

白岡中央総合病院

診療科

科

担当医名

殿

照会元医療機関名：

所在地：

電話番号：

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。

## 【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）	（ T ・ S ・ H ・ R ） 年 月 日 （ 才 ）
住所	〒 -

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・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などの場合で、本人の同意を得ることが困難である。