

# 診療情報提供依頼書（診療情報提供書）

年 月 日

依頼先	神奈川県立循環器呼吸器病センター	
	神奈川県横浜市金沢区富岡東6-16-1	
	電話	(045) 701-9581
	FAX	(045) 784-5965
	診療科	科
	医師名	医師

依頼元	貴医療機関名	
	住所	
	電話	
	FAX	
	貴医師名	®
	FAX送信ご担当者名	

下記患者の診療にあたり、貴センター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	性別	生年月日	年齢
	患者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年 月 日 歳
	現住所	電話( ) -		
	<input type="checkbox"/> 入院中の患者 ( <input type="checkbox"/> 退院予定 月 日 ・ <input type="checkbox"/> 未定 )			

依頼内容	情報提供が必要な理由 <input type="checkbox"/> 別紙のとおり

## 【患者記載欄】

患者同意	私に代わり診療情報提供書を申し込むことに同意します。	
	氏名	
	代理人	(続柄)

※ 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、患者の同意を得ることが困難である。

**FAX : 045-784-5965** 神奈川県立循環器呼吸器病センター 地域連携室あて

【TEL 045-701-9581】 地域連携室に電話連絡のうえ、FAXにてお送りください。