

診療情報提供依頼書

令和 年 月 日

東京都済生会中央病院

院長 海老原 全 殿

依頼者 _____ 印 _____

住 所 _____

電話番号 _____

患者さんとの続柄 _____

※患者本人でない場合には患者さんとの関係を証明する書類を提出、又は提示してください。

診療情報の提供を依頼します。

| | | | | | |
|--|---------------------|--------|-----------|---------|-------|
| 1. 診療情報の内容 ※ 診療情報が特定できるよう 科、時期、病名等を具体的 にご記入ください。 | | | | | |
| ※送付先が住所と異なる時 は、右空欄に「指定送付先」 と記して、宛先をご記入下 さい。 | | | | | |
| 2. 提供区分 ※ ○で囲んでください。() 内は具体的にご記入ください。 ※○で囲んでください。 | ・要約書 | ・写し() | ※有料となります。 | | |
| | ・診療録 | ・看護記録 | ・処方内容 | ・各種検査記録 | ・X線写真 |
| 3. 提供患者情報 ※ 申請者が患者さん本人の場 合であってもご記入ください。 | 患者氏名 _____ | | | | |
| | 明治・大正 生年月日 _____ | 昭和・平成 | 年 | 月 | 日 |
| | 患者番号 _____ | | | | |
| 4. 提供希望日 ※ 申請日より14日(但し、 日曜・祝日等病院の休診日 は除く)以降の日時をご記 入ください。 | 第1希望: | 月 | 日() | 午前・午後 | |
| | 第2希望: | 月 | 日() | 午前・午後 | |
| | 第3希望: | 月 | 日() | 午前・午後 | |
| | ()特に希望なし | | | | |

| | | | | | |
|------------------------------|-------|---------------------------------------|------|-----|-------|
| 事務局処理欄 ※ ご記入しない でください。 | 申請者確認 | ①運転免許証 ②パスポート ③健康保険証 ④戸籍謄本 ⑤その他() | | | |
| | 確認者 | | | 確認日 | 年 月 日 |
| | 診療科: | 病棟: | 主治医: | | |