

診療情報提供書作成依頼

医療法人水光会 伊丹天神川病院 病院長

下記の患者様が当院へ受診されました。つきましては現病、既往歴等以下の患者さまについて情報提供を依頼いたします。

患者氏名 生年月日	男・女 昭和 年 月 日 (歳)
住所	
主治医	診療科 (科) 医師名 (医師)
最終来院日 (推定可)	昭和・平成・令和 年 月頃

情報提供が必要な理由
情報提供を依頼する事項
病名 主訴、生活歴、現病歴及び治療経過、処方内容、検査所見等。

【医療機関・施設記入欄】

医療機関・施設名	
住 所	
電話・FAX 番号	
担当者所属・氏名	

【患者記載欄】

患者同意	上記の者が私に代わり診療情報提供書を申し込む事に同意します。 また、診療情報提供料の一部負担金を病院窓口にて支払します。 氏 名 _____ (患者が署名できない場合) 代 理 人 _____ (続柄) _____
------	---

※保険証等を1ヶ月以内に提出していない方は確認が必要となります。

保険証等の確認が取れない場合は、患者さんに自費請求となりますので、ご了承下さい。

※診療情報提供料の一部負担金は、1割負担…250円、3割負担…750円となっています。