

送付先住所：〒331-0054 埼玉県さいたま市西区島根 299-1

FAX：048-799-5145

20 年 月 日

## 診療情報提供書作成依頼書

さいたま市民医療センター 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。