（様式１）

平成　　年　　月　　日

診 療 情 報 依 頼 書 （Ⅰ）

北 見 赤 十 字 病 院
地 域 医 療 連 携 室 宛

〒090-8666　北見市北6条東2丁目
専用ＦＡＸ　フリーダイヤル 0120-018-599(直通)
専用電話　フリーダイヤル 0120-018-299(直通)

下記の患者様について、診療情報の提供をお願いいたします。

依頼診療科（　　科）　・　医師名（　　）
患 者 氏 名　：　　様　　（ 男 ・ 女 ）
生 年 月 日　：　明・大・昭・平　　年　　月　　日
現　住　所　：　　電話 （　　）　　－
【依頼内容】
【希望資料】 ☐ 診療情報提供書　☐ 検査データー　☐ 単純Ｘ-Ｐ画像 ☐ 投薬内容　☐ ＣＴ画像　☐ ＭＲＩ画像 ☐ 連携システム閲覧　☐ その他（　　）
【患者様の同意】 患者様・ご家族の同意を得ています。（ ☐ はい　　☐ いいえ ） ※同意の有無は必ずチェックして下さい。

医療機関名〔　　〕

所在地
電 話 （　　）　　－
ＦＡＸ （　　）　　－
依頼医師名

科　　印