

# 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 ・ 令	年 月 日
現住所 :	電話 ( )	-
<b>【依頼内容】</b>		
<b>【希望資料】</b>		
<input type="checkbox"/> 診療情報提供書	<input type="checkbox"/> 検査データ	<input type="checkbox"/> 単純X-P画像
<input type="checkbox"/> 投薬内容	<input type="checkbox"/> CT画像	<input type="checkbox"/> MRI画像
<input type="checkbox"/> 連携システム閲覧	<input type="checkbox"/> その他( )	
<b>【患者様の同意】</b>		
患者様・ご家族の同意を得ています。( <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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