

年 月 日

診療情報依頼書

北見赤十字病院
地域連携課 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)

下記の患者さんについて、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()	-
【依頼内容】		
【希望資料】		
<input type="checkbox"/> 診療情報提供書	<input type="checkbox"/> 血液データ	<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()	
【患者さんの同意】		
患者さん・ご家族の同意を得ています (<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ)		
※「いいえ」の場合は情報提供いたしかねます。		

医療機関名 ()

所在地

電話 () -

FAX () -

依頼医師名

診療科

医師名