

令和 年 月 日

◆診療情報提供依頼書◆

札幌共立五輪橋病院 医事課 宛

〒005-0802 札幌市南区川沿2条1丁目2番54号
TEL: (011)571-8221 FAX: (011)571-7405

以下の患者について診療情報提供書の作成を依頼いたします。

患者氏名	ID:
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
主治医	診療科:

提出先(宛名)	
医療機関・事業所名	
医師名	診療科:
住所	〒 -
TEL/FAX	TEL : FAX :

依頼内容	
<input type="checkbox"/> 転医(訪問診療等の並診も含む)	<input type="checkbox"/> 施設等入所 <input type="checkbox"/> リハビリテーション
<input type="checkbox"/> その他()	

記載内容
*記載すべき内容があればご記入ください。

診療情報提供書の発行および費用の支払いに関して、 <input type="checkbox"/> 患者または患者の代理人(続柄:)の同意をとりました。
--

- ※ 発行にあたり、診療情報提供料250点が発生します。
お支払い方法の指定がない場合は、次回受診時にお支払いいただくことになります。
- ※ 保険証の確認が取れていない場合は、患者さまへ自費請求となりますので、ご注意ください。

【依頼者名】

事業所名	
依頼者名	
TEL/FAX	TEL : FAX :
送付方法	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> FAX送付 <input type="checkbox"/> その他() *郵送を選択された場合は、返信用切手を貼付した返信用封筒を同封してください。

【連絡欄】

--

- ※ ご依頼理由や最終来院日などにより発行できない場合もございます。
- ★ 作成には1週間から10日ほどお時間をいただいております。お急ぎの場合は別途ご相談ください。