送付先住所：〒840-8571　佐賀県佐賀市嘉瀬町中原400番地

FAX：0952-28-1269（地域医療連携センター）

　　　　年　　月　　日

診療情報提供書作成依頼書

佐賀県医療センター好生館　館長

（地域医療連携センター　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 | □診療内容　　□処方内容　　□各種検査結果  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

【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 | □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。 |

【患者情報】

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 患者氏名 |  |
| 性別 | □男　　□女 |
| 生年月日（年齢） | 年　　　月　　　日（　　　　　歳） |
| 住所 |  |

※診療情報提供書作成依頼については、当館ホームページの利用手順と留意事項を参照ください。