

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	<input type="checkbox"/> 診療内容 <input type="checkbox"/> 処方内容 <input type="checkbox"/> 各種検査結果 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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。