

(診療情報の提供を依頼する文書の様式見本)

診療情報提供依頼書

照会先医療機関名

担当医名

科

殿

平成 年 月 日

照会元医療機関の
所在地および名称

電話番号
担当歯科医師名

㊞

下記の患者について、貴医療機関での診療情報の提供を依頼します。

患者氏名	性別 (男・女)
生年月日 (明・大・昭・平)	年 月 日 (歳)
患者住所 〒 -	
電話番号	

1) 診療情報の提供を依頼する目的

(当該患者の傷病名, 治療方針等)

2) 提供を求める診療情報の具体的内容 (検査結果, 投薬内容等)

※診療情報提供依頼書は、患者または照会先の医療機関に交付する。

※文書の写しをカルテに添付すること。