

FAX : 0178-72-5222（八戸市立市民病院地域医療連携室あて（TEL : 0178-72-5000））

（下記項目について、必要事項をご記入（☒）の上、FAXにて八戸市立市民病院地域医療連携室にお送りください。なお、情報提供は診療情報提供書の郵送を原則としますが、緊急時はこの限りではありません。 土日・休日・夜間及び年末年始の問い合わせ先 →**急患受付 TEL : 0178-72-5111**）

年 月 日

診療情報提供依頼書

【依頼内容】

八戸市立市民病院

科 _____ 医師（不明の場合は、担当部長名）あて

【依頼者】 所在地 _____
医療機関名 _____
医師名 _____
電話番号 _____

下記患者の診療に必要なため、診療情報提供書（画像診断用データを含む）の作成等を依頼します。
なお、診療情報依頼及び費用の支払いに係る患者等からの同意確認は以下のとおりです。

氏名 _____（男・女 / 年 月 日生まれ）について、
（必要な理由） ☐別紙のとおり

☐情報提供希望期間 _____ 年 月診療分から _____ 年 月診療分まで

☐情報提供希望内容 ☐診療内容 ☐処方内容 ☐各種検査結果 ☐その他（ _____ ）

☐情報提供依頼と費用の支払いに係る同意

☐患者から同意を得た ☐患者家族（続柄： _____）から同意を得た

☐人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、患者の同意を得ることが困難である

【患者情報】

八戸市立市民病院の診察券番号 _____

氏名 _____ / 性別 男・女 / 生年月日 _____ 年 月 日

住所 _____

治療情報 ☐入院中（☐出来高請求 / ☐D P C 請求） ☐通院中（医事担当者： _____）

保険情報 ⇒貴院で捉えている患者の保険情報を併せてFAXしてください。

※ 以下は八戸市立市民病院記入欄（①から④の順番で処理。処理済日及びサイン又は押印すること。）

①連携室担当		②医療秘書等		③受付担当		④医事課担当	
/		/		/		/	

別紙

(必要な理由)