

**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))

(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。  
情報提供は原則として診療情報提供書 (郵送) にて行いますが、緊急時はこの限りではありません。

土日・休日・夜間 (17:00~翌日 8:15) 及び年末年始の問い合わせ先

→急患受付 TEL : 0178-72-5111 FAX : 0178-72-5115)

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 \_\_\_\_\_

次の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 ( \_\_\_\_\_ )

情報提供に係る同意

患者 親権者 (氏名 : \_\_\_\_\_ 続柄 : 父 母 その他 \_\_\_\_\_ )

成年後見人 (氏名 : \_\_\_\_\_ )

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

費用支払いに係る同意 患者 その他 (氏名 : \_\_\_\_\_ 続柄 : \_\_\_\_\_ )

【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 / DPC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)