

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)

※ 患者の保険情報も併せてお送りください。

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

【必要事項・理由】 診療内容 処方内容 各種検査結果 その他 (_____)
 別紙のとおり (別様式で作成した場合や枠内に書ききれない場合)

○情報提供に係る同意 (必須)

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 (必須)

患者 その他 (氏名 : _____ 続柄 : _____)

【その他の患者情報】

住 所 _____

その他 入院中 (出来高請求 / D P C 請求) 通院中

地域包括診療加算 地域包括診療料 小児かかりつけ診療料

在宅時医学総合管理料 施設入所時等医学管理料 (担当者 : _____)

※ 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

【必要事項・理由】