（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。