

診療情報提供依頼書

照会先医療機関名

担当医名

科

先生

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・令）

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。