

## 医療情報提供書作成依頼書

独立行政法人国立病院機構宮崎東病院

児童精神科

担当医 先生御侍史

## 《患者情報》

フリガナ		性別	男 ・ 女		
患者氏名					
生年月日(年齢)	T ・ S ・ H ・ R	年	月	日	( 歳)
住 所					
電話番号					

上記患者の診療にあたり、医療情報提供書の作成をお願いいたします。

## ※ 情報提供記載必要事項

 傷病名  初診日  症状経過  治療及び処方  その他( )

備 考

## 《患者同意》

 依頼先医療機関における医療情報提供書(画像診断用データ含む)の作成及びそれに係る料金の支払いに同意します

本人氏名 : \_\_\_\_\_ (親権者氏名: \_\_\_\_\_)

(※18歳未満の場合は、親権者の同意が必要)

代理人氏名 : \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_)

(電話番号: \_\_\_\_\_)

 本人の生命、身体または財産の保護のために必要であるが本人の同意を得ることが困難。

## 《依頼機関》

依 頼 元 :

所 在 地 :

T E L :

F A X :

医 師 名 :

(代表者名)