

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な内容 (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。