

## 診療情報提供依頼書

札幌医科大学附属病院長 様  
(文書受付窓口担当者 宛)

次により、下記の患者について、診療情報提供書の提供をお願いします。

必要な理由及び情報提供必要事項等

### 【患者様情報欄】

患者氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
札幌大診療科名 (主治医氏名)	( )
最終来院日	

### 【施設情報欄】

施設名	
住所	〒
電話番号	
担当者名	

### 【患者様記載欄】

患者同意	私に代わり診療情報提供書の申込みに同意します。 氏 名 _____ (フルネームでサインして下さい)
------	--

※必要な理由及び情報提供必要事項等又は最終来院日等により記載出来ない場合もございますので、ご了承下さい。

※保険証等の確認が必要となります。保険証等の確認が取れない場合は、患者様に自費請求となりますので、ご了承下さい。

担当者氏名： \_\_\_\_\_