

(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

印

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、治療方法等)

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。