診療記録に関する資料提供依頼書

依頼先医療機関名 ： 東海中央病院

＿＿＿＿＿＿＿＿科 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿先生御机下

下記の目的により、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様 （生年月日: 年 月 日）
が貴院で受けた診療に関する資料を提供していただきたく、ご依頼申し上げます。
何卒、よろしくお取り計らいいただきますようお願い申し上げます。

1. 使用目的	
2. 希望資料	□診療情報提供書 （ ） □手術記録 （ ） □病理診断記録 （ ） □退院時サマリ （ ） □単純X－P画像 （ ） □CT画像 （ ） □MRI画像 （ ） □検査データ （ ） □その他 （ ） ※上記必要資料にチェックし、カッコ内に期間又は期日の資料が必要か記入して下さい。
3. 患者様の同意	患者様・ご家族の同意を得ています。 （ □はい □いいえ ） ※同意の有無は必ずチェックする。

平成 年 月 日

依頼元医療機関名: ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師名: ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

※この件に関してのお問い合わせは、地域医療連携室までお願い致します。

東海中央病院 地域医療支援センター
TEL 058－382－2251
FAX 058－382－9853