

診療記録に関する資料提供依頼書

依頼先医療機関名： 公立学校共済組合 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（<u> </u>） ☐手術記録（<u> </u>） ☐病理診断記録（<u> </u>） ☐退院時サマリ（<u> </u>） ☐単純X－P画像（<u> </u>） ☐CT画像（<u> </u>） ☐MRI画像（<u> </u>） ☐検査データ（<u> </u>） ☐その他（<u> </u>） ※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。

令和 年 月 日

依頼元医療機関名：

医師名： 印

TEL FAX

※この件に関してのお問い合わせは、メディカルサポートセンターまでお願い致します。

東海中央病院 メディカルサポートセンター TEL 058－382－2251 FAX 058－382－9853
--