令和　　年　　月　　日

文 書 照 会 依 頼 書

札幌医科大学附属病院長　様

（医療連携福祉センター担当者　宛）

　次により、下記の患者について　診断書等の写しの提供をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| １．患 者 氏 名 |  |
| ２．生 年 月 日 | 昭和・平成・令和　　　　年　　　　月　　　　日（　　　歳） |
| ３．札医大診療科名  （主治医氏） | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ４．照 会 内 容 |  |
| ５．希望送付方法 | 郵 送　・　ＦＡＸ |
| ６．個人情報開示に関する患者同意 | 別紙により患者（又は代理人）からの同意を取っております |

【 依頼元医療機関 】

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 住　　　所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| 貴院主治医名 |  |
| 連 携 部 門  担 当 者 名 |  |

【 札幌医科大学附属病院 記録欄 】

受付日：令和　　年　　月　　日

対応日：令和　　年　　月　　日

照会結果：（　　）ＦＡＸ／（　 　）郵送／（　　　）その他

担当者氏名：

同　　意　　書

札幌医科大学附属病院　病院長　様

私は、貴院が保有する、私に関する診断書等について、　　　　　　　病院からの照会に対し、回答することに同意いたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

氏　名（直筆）

　　　　　　　　　　（代理人）氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　本人との関係（　　　　　　　　　　　）

※代理人署名の場合に記載のこと