

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. 札幌大診療科名 (主治医氏名) | (※診断書記載の医師名が判る場合はご記入ください) |
| 4. 照会内容 | ①求める書類の種類及び作成年などを記載 ②使用目的を簡潔に記載する |
| 5. 希望送付方法 | 郵 送 ・ F A X |
| 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 |

希望する方法を○で囲んでください。

【 依頼元医療機関 】

| | |
|--------------------|---|
| 医療機関名 | |
| 住 所 | 〒 |
| 電話番号 | |
| F A X 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 】

※ここは札幌医大病院で記載します。

受付日：令和 年 月 日

対応日：令和 年 月 日

照会結果：() F A X / () 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

貴院の名称をご記入ください。

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