

診療情報提供依頼書

(セカンドオピニオン用)

平成 年 月 日

ふりがな 患者様の 氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
ふりがな 申込者様の 氏名		申込者様の続柄	ご本人・ご家族 (続柄) (で囲んで下さい。)
申込者様の ご住所 連絡先	〒		電話 ()
患者様の現在の状況 (で囲んで下さい。)		主治医名	
当院に通院中 ・ その他 ()			
セカンドオピニオンを受けたい内容についてご記入下さい。			
セカンドオピニオンを希望する医療機関名 (希望なし・希望ありを で囲んで下さい。)			
・希望なし			
・希望あり 医療機関名() 医師名()			

以下は記入しないで下さい。

主治医記入欄			
診療情報提供書作成予定日	年 月 日		
他医療機関への持参資料			
診療情報提供書			
診療記録等の写し (検査結果 ・ レントゲン ・ CTなど)			
	年 月 日 ~	年 月 日	施行分
	年 月 日 ~	年 月 日	施行分
	年 月 日 ~	年 月 日	施行分
	年 月 日 ~	年 月 日	施行分
その他			
	年 月 日 ~	年 月 日	施行分
	年 月 日 ~	年 月 日	施行分

医事課記入欄			
受付日	年 月 日	受付者	
身分証明・診療情報提供依頼同意書提出確認日	年 月 日	取扱者	
他医療機関への持参資料を患者様へお渡した日	年 月 日	取扱者	
他医療機関からの 回答書を受け取った日	年 月 日	セカンドオピニオン後の 主治医面会	無 有 年 月 日

太枠の中をご記入下さい。

武蔵嵐山病院

〒 355 - 0212 埼玉県比企郡嵐山町太郎丸135番地

Tel : 0493(62)7282 Fax : 0493(62)8887