

# 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。） 当院に通院中・その他（ ）		主治医名	
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。

<b>主治医記入欄</b>			
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			
<input type="checkbox"/> 診療情報提供書			
<input type="checkbox"/> 診療記録等の写し（検査結果・レントゲン・CTなど）			
	年	月	日 施行分
	年	月	日 施行分
	年	月	日 施行分
	年	月	日 施行分
<input type="checkbox"/> その他			
	年	月	日 施行分
	年	月	日 施行分

<b>医事課記入欄</b>			
受付日	年	月	日
身分証明・診療情報提供依頼同意書提出確認日	年	月	日
他医療機関への持参資料を患者様へお渡した日	年	月	日
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 埼玉県東松山市上唐子1312-1

Tel : 0493(81)7700 Fax : 0493(81)6776