

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. 札幌医大診療科名 (主治医氏)	()
4. 照会内容	
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

【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】

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

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