E-mail：renkei@koseika.jp
FAX：0952-28-1269（地域医療連携センター）

年　　月　　日

診療情報提供書作成依頼書

佐賀県医療センター好生館　館長
（地域医療連携センター　行）

【依頼医師】
医療機関名：
所　在　地：
診療科・医師名：

【患者情報】

フリガナ	
患者氏名	
性別	□男　　□女
生年月日（年齢）	年　　月　　日（　　歳）
住所	

上記患者の診療にあたり、貴館での診療情報提供書の作成をお願いいたします。

診　療　経　過	
情報提供記載必要事項	□診療内容　　□処方内容　　□各種検査結果 □その他（　　）

【患者・家族の同意】下記のとおり患者（または家族）より同意確認しています。

同意確認欄	□診療情報提供書の申込みと支払いに同意します。
個人情報の取扱について	□診療以外の目的には使用しないことを理解し、またメール等で送信される場合も含めて、使用されることに同意します。
同意がとれない場合	□生命、身体または財産の保護のために必要があるなどの場合で、本人の同意を得ることが困難である。

※診療情報提供書作成依頼については、利用手順と留意事項を参照ください。

＜送付先＞ **原則メールで送付**をお願いいたします。
E-mail：renkei@koseikan.jp
宛　先：〒840-8571 佐賀県佐賀市嘉瀬町中原 400 番
佐賀県医療センター好生館 地域医療連携センター