

診療情報提供回答書

年 月 日

様

名古屋市立大学医学部附属西部医療センター 病院長

印

年 月 日付診療情報提供申請書につきまして、以下のとおり取り扱うこととなりましたのでお知らせいたします。

患者番号 (診察券番号)			
患者氏名			
申請に係る 診療情報の内容			
提供に関する 決定事項	<input type="checkbox"/> 全部提供	<input type="checkbox"/> 一部提供	<input type="checkbox"/> 非提供
一部提供の 非提供範囲			
一部提供又は 非提供の理由			
診療情報の 提供方法	日時	年 月 日	時 分
	場所		
窓口 (事務局)	名古屋市立大学医学部附属西部医療センター 医事課医事係 担当： 電話番号 (052) 991-8121 (代表)		
備考			

② 診療情報提供日当日は、本回答書と申請者本人を証明する書類をご持参ください。
上記の日時のご都合が難しくなった際は、担当窓口までご連絡ください。