

送付先：公益財団法人日立メディカルセンター 技術部  
〒317-0073 茨城県日立市幸町1-17-1  
TEL：0294-33-5911 FAX：0294-26-0323

下記項目について、必要事項をご記入のうえ、お送りください。  
なお、情報提供は郵送を原則としますが、緊急時にはこの限りではありません。

診療情報提供依頼書  
(検査結果画像提供等の依頼)

公益財団法人 日立メディカルセンター センター長 殿 申請日 年 月 日

照会元の記入欄

医療機関の名称及び所在地	
電話番号	
担当科医師氏名	

下記患者の診療に必要なため、診療情報提供書（画像診断用データを含む）の作成等を依頼します。  
なお、診療情報依頼に係る患者等からの同意確認は以下の通りです。

情報提供に関する記入欄

フリガナ 患者の氏名	男 女	生年月日 年 月 日生
---------------	-----	----------------

患者の住所

情報提供に係る同意 該当するものに  をお願いします。

患者から同意を得た  患者家族（続柄： ）から同意を得た

人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、患者の同意を得ることが困難である

画像提供内容 該当するものに  をお願いします。

<検査>

- |                                |                                |                               |                                  |
|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 胸部X線  | <input type="checkbox"/> 胃部X線  | <input type="checkbox"/> 胸部CT | <input type="checkbox"/> マンモグラフィ |
| <input type="checkbox"/> 腹部超音波 | <input type="checkbox"/> 乳房超音波 | <input type="checkbox"/> 心電図  | <input type="checkbox"/> 骨密度     |

健診（検診）を行った日（ 年 月 日）

情報提供について希望する期間がある場合は、ご記入ください。

年 月から 年 月まで

ご希望の納期日（ご希望に添えない場合には、ご連絡致します。）

年 月 日まで