

## 【歯科⇔医科】 診療情報連携共有に関する依頼書

慢性疾患を有する、又は全身管理が必要な下記患者さんの歯科治療を行うにあたり、回生病院での検査値や処方内容等の診療情報を確認する必要がある場合、回生病院地域連携室までご連絡下さい。回生病院主治医へ確認の上、照会内容を準備し郵送いたします。

なお、貴院にて患者さんへ情報共有に関するご同意並びに回生病院でのお支払いが発生する旨のご説明を併せて宜しく願い申し上げます。ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせ下さい。

依頼日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

### ●貴院情報●

貴 歯 科 医 院 名	
ご 担 当 医 師 名	先生
ご 連 絡 先	TEL: _____ FAX: _____

### ●患者情報●

氏 名 ( 性 別 )	_____ 様 ( <input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女 )
生 年 月 日	_____ 年 _____ 月 _____ 日 ( _____ 歳 )
連絡先 (TEL)	_____ — _____
回生病院受診科	_____ 科
回生病院担当医	_____ 先生
照 会 目 的	歯科傷病名: _____
照 会 内 容	<input type="checkbox"/> 検査情報 <input type="checkbox"/> 投薬内容 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )

### ●患者同意と支払い説明●

_____ 済み <input type="checkbox"/>
-----------------------------------

### ●問合せ先●

社会医療法人財団 大樹会 総合病院 回生病院 医療福祉連携センター 地域連携室 TEL : 0877-46-1121 (直通) 0120-776-223 (フリーダイヤル)
---

\* 本依頼書の複写を患者さんへ交付下さい。原本は回生病院へ FAX 後、貴院カルテへ保管下さい。

**FAX 送信先 : 0877-46-1102**