

診療情報に関する照会

岐阜メイツ睡眠クリニック
院長 田中 春仁 殿

令和 年 月 日

名称：
住所：
医師氏名：
診療科： 科
TEL：
FAX：

患者氏名： _____ 殿 TEL： _____ (_____)
患者住所：
生年月日：(大・昭・平・令) 年 月 日 性別：(男 ・ 女)

【情報提供】

- CPAP 処方内容(文書作成料無料)
 診療情報一般(文書作成料有料)
・ 診療情報提供書の内容に準ずる
 その他

【診療経過】

***** 同 意 書 *****

上記について、私の個人情報を提供することに同意します。
※文書作成料(3,850円)は、次回受診時、又は請求書が届き次第支払いをします。

令和 年 月 日

氏名(患者署名) _____