

# 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) \_\_\_\_\_