

様式第3号の2（他の医療機関からの意見照会に対する回答）

平成 年 月 日

医療法人社団青空会大町病院
院長 猪又 義光

医療機関名

職 名

氏 名

印

診療記録の提供照会に関する回答書

平成 年 月 日付で照会のあった診療記録の提供に関する意見について、
下記のとおり回答します。

記

提供申出者		患者との 続 柄	
患者氏名等	住 所		
	氏 名		
	生年月日	明治・大正・昭和・平成	年 月 日
提供の適否	(1) 全部提供 (2) 部分提供 (3) 非提供		
意 見			
備 考			

【備考】 部分提供の場合は、診療記録の写しに非提供部分を明示してください。