**様式第8-2号：患者情報共有依頼書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　　年　　月　　日

依頼先機関名　　　　御中

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　依頼機関名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　依頼者名：

下記の患者さまが、本施設に受診（受診を予定）しておりますので、依頼事項により、当該患者さまにかかる医療介護情報を共有くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

なお、当該患者さまの滋賀県医療介護情報連携ネットワーク患者参加同意書（様式８-１号）は、すでに提出されております。

【依頼事項】

　　　**□**　貴施設の医療情報を閲覧したいので、開示設定をお願いします。

　　　**□**　当施設の医療情報を開示しましたので、閲覧をお願いします。

　　　**□**　在宅療養支援機能への登録と開示をお願いします。

患者氏名：　　　　　　　　　　　　　（カナ氏名：　　　　　　　　　　　　　　）　　性別　：　男　女

施設患者ＩＤ：　　　　　　　　　　　　　　←依頼機関の施設患者ＩＤをご記入ください。

患者住所：（〒　　　　　－　　　　　　　）

電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（携帯番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

生年月日：　　西暦　（大正　昭和　平成　　　　）　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

* 依頼事項に☑をしてください。
* すでに包括同意書（様式第８－１号）の取得が確認された患者さまについて、本依頼書にて情報共有をご依頼ください。
* 包括同意書のコピー等がお手元にない場合、ポータルの「包括同意照会」機能で包括同意取得状況をご確認ください。
* 依頼書原本は、患者さまから依頼を受けた病院、医科歯科診療所・薬局・介護施設・事業所で保管するものとします。