

## 診療情報提供の申出書

一般財団法人 平成紫川会  
小倉記念病院長 殿

年 月 日

申出者氏名

申出者住所

患者との関係

電話番号(連絡先)

下記の通り申し出ます (太枠線内をご記入ください)

|                      |  |  |
|----------------------|--|--|
| 1 申出にかかる<br>診療情報の内容  | ①入院・外来 ②医師記録 ③看護記録 ④検査記録 ⑤その他記録 ⑥X線・CTフィルム<br>( )科 いつの( )<br>( ) |  |
| 2 提供の区分              | ① 閲覧 ② 医師による説明 ③ コピー ④ 要約の交付                                     |  |
| 3 申出者と患者本人<br>が異なる場合 | 患者本人の状況  | ①未成年者(満15歳未満) ②未成年者(満15歳以上)<br>③死亡 ④その他( ) |
|                      | 患者本人の氏名  |  |
|                      | 患者本人の住所  |  |
|                      | 患者本人の電話番号  |  |

本人同意欄(患者本人の場合は記入不要)

私は、上記のとおり、申出者 \_\_\_\_\_ に対して、私の診療情報が  
提供されることに同意します。

患者本人(自筆)

|            |   |   |
|------------|---|---|
| 事務局<br>処理欄 | 申出者本人確認欄                                      | ①運転免許証 ②旅券 ③その他( )  |
|            | 申出者資格確認欄                                      | ①戸籍謄本 ②健康保険証 ③その他( )  |
| 備考         | ID( )   | ( )科 外来・入院 年 月 日～ 年 月 日<br>( )科 外来・入院 年 月 日～ 年 月 日<br>( )科 外来・入院 年 月 日～ 年 月 日 |
|            | ※ 主診療科 ( )科 ・ 対象診療科数 ( )<br>(開示準備開始時に記入すること。) |   |