

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 ()科 いつの() ()		
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) 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 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 ()科 外来・入院 年 月 日～ 年 月 日 ()科 外来・入院 年 月 日～ 年 月 日			