

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 診療区分[入院・外来] ② 診療記録 ③ 看護記録(※②以外) ④ 検体検査 ⑤ 生理検査(波形等) ⑥ 画像レポート ⑦ その他の記録 ⑧ 画像データ[静止画像・動画] ()科 開示期間() ()	
2. 提供の区分	① 閲覧 ② コピー(紙・USB) ③ 要約書の交付 ④ 医師の説明 ※閲覧用パスワード:【 () 】(8桁以上)	
3. 申出者と患者本人が異なる場合 ※状況③の場合: 住所・電話番号は記載不要	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()
	患者氏名	
	患者住所	
	患者電話番号	

本人同意欄(患者存命かつ代理申請時に記入)

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。

同意年月日: 年 月 日 患者本人(自筆):

事務局 処理欄	申出者本人確認欄	①マイナンバーカード ②運転免許証 ③旅券 ④その他()
	申出者資格確認欄	①戸籍謄本 ②住民票 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
		主診療科 ()科) ・ 対象診療科数 () (※開示準備開始時に記入すること。)

[参考]

種別No.	検査種別	検査名	備考
④	検体検査	一般検体検査	血液検査、尿検査等
④	検体検査	細菌検査	
④	検体検査	抗酸菌検査	
④	検体検査	組織診	
④	検体検査	細胞診	
④	検体検査	外注検査結果	遺伝子検査等
⑤	生理検査(波形等)	心電図	
⑤	生理検査(波形等)	ホルター心電図	
⑤	生理検査(波形等)	トレッドミル	
⑤	生理検査(波形等)	内視鏡レポート	
⑤	生理検査(波形等)	聴力検査報告書	
⑤	生理検査(波形等)	脳波検査	データの提供
⑤	生理検査(波形等)	脳波検査報告書	
⑤	生理検査(波形等)	肺機能検査報告書	
⑤	生理検査(波形等)	ABI・SPP検査報告書	
⑤	生理検査(波形等)	針・筋電図検査	
⑤	生理検査(波形等)	SAS(PSG)検査	
⑤	生理検査(波形等)	心臓カテーテル検査	
⑤	生理検査(波形等)	骨塩定量(骨密度)	
⑤	生理検査(波形等)	眼科レポート	
⑤	生理検査(波形等)	眼底三次元画像解析(OCT)	
⑥	画像レポート	CTレポート	
⑥	画像レポート	MRIレポート	
⑥	画像レポート	超音波レポート	
⑥	画像レポート	心エコーレポート	
⑥	画像レポート	核医学検査(RI)レポート	
⑧	画像データ[静止画像]	単純撮影	CD-Rでの提供
⑧	画像データ[静止画像]	CT	CD-Rでの提供
⑧	画像データ[静止画像]	MRI	CD-Rでの提供
⑧	画像データ[静止画像]	核医学検査(RI)	CD-Rでの提供
⑧	画像データ[静止画像]	骨密度測定	CD-Rでの提供
⑧	画像データ[動画]	超音波	DVDでの提供
⑧	画像データ[動画]	心エコー	DVDでの提供
⑧	画像データ[動画]	心臓カテーテル検査	DVDでの提供

※主な項目を、抜粋して表記しております。内容の詳細や、表記のない記録については、開示担当者にお尋ねください。