

カルテ等診療情報提供申出書

あかびら市立病院長 様 令和 年 月 日
受付番号 ()

住所
申出者 氏名 印
生年月日 年 月 日 生
電話番号 - -
本人・法定代理人・精神障害者の保護者・家族・遺族
患者の続柄等 ()

下記のとおり申し出ます。

* 診療情報提供申出 の 対 象 患 者	氏 名		
	住所及び電話番号		TEL - -
	カルテ番号		

1 申出に係る 診療情報の内容 及び理由	診療科 () 科) 受診状況等 (外来・入院・ 年 月 日死亡)
	主治医 期間 年 月 から 年 月 まで
	(理 由)

2 提供の区分 (○で囲む)	(1) 閲 覧 (2) 口頭による説明 (3) 写しの交付 (4) 要約書の交付
-------------------	--

3 写し交付の内容	
-----------	--

4 申出者が患者本人 以外の場合に記入 する。	(1) 成人被後見人 (6) 患者の同意を得た親族等 (2) 未成年者 (3) 精神障害者 (4) 自己の診療について合理的判断ができない (5) 死亡している
-------------------------------	--

* 事務局 処理欄	申出者確認欄	(1)健康保険証 (2)運転免許証 (3)年金手帳 (4)印鑑登録証 (5)旅券 (6)その他 (預金通帳と印鑑・)
	同席者確認欄	(1)戸籍又は住民票の謄抄本 (2)その他()
		(1)健康保険証 (2)運転免許証 (3)年金手帳 (4)印鑑登録証 (5)旅券 (6)その他 (預金通帳と印鑑・)
		(1)戸籍又は住民票の謄抄本 (2)その他() 住所()患者本人との続柄()

* 備 考	
-------	--

- 注 1 「申出に係る診療情報の内容及び理由」欄は、提供の申出をしようとする診療情報が特定できるよう具体的に記入してください。
- 2 法定代理人による申出の場合は、申出者であることを証明する書類に加え、資格を有することを証明する書類を提出し、又は提示してください。
- 3 「本人の住所及び電話番号」欄には、本人の連絡先が本人の住所及び電話番号と異なるときは、連絡先も併せて記入してください。
- 4 「閲覧」及び「口頭による説明」の結果で、さらに「要約書の交付」を希望されることも可能です。
- 5 *印欄は、記入しないでください。