

診療情報提供申出書

相原病院長 殿

申出者	申出日	年 月 日		
	氏名			患者との続柄
	住所	〒 -		
	電話番号	() -		

私は、下記のとおり、貴院が保有する診療情報の提供を希望いたします。

患者	フリガナ			ID 番号
	患者氏名			
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生		
希望する提供記録	1. 診療録	入院・外来		
		年 月 日 ~ 年 月 日		
	2. その他			
提供方法	1. 閲覧 2. 謄写 3. 医師による口頭説明 4. その他()			
実施希望日	①	年 月 日()	午前・午後	時 分 ~ 時 分
	②	年 月 日()	午前・午後	時 分 ~ 時 分
	③	年 月 日()	午前・午後	時 分 ~ 時 分

病院記載欄

資格確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 他() / <input type="checkbox"/> コピー済				
患者との続柄	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> その他()				
患者本人の状況	<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死亡 / <input type="checkbox"/> 未成年者 <input type="checkbox"/> 成年被後見人 <input type="checkbox"/> その他()				
確認欄	病院長	主治医	看護部長	病棟師長	事務長
<input type="checkbox"/> 開示					
<input type="checkbox"/> 非開示	総務課責任者	医事課責任者	診療情報管理室		
<input type="checkbox"/> 不存在					
提供実施日	年 月 日() 午前・午後 時 分 ~ 時 分				
実施場所					
提供方法	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 謄写 <input type="checkbox"/> 医師による口頭説明 <input type="checkbox"/> その他()				
備考欄					