

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	☐ 運転免許証 ☐ マイナンバーカード(マイナ保険証・マイナ免許証) ☐ パスポート ☐ 他()/ ☐ コピー済				
患者との続柄	☐ 戸籍謄本 ☐ その他()				
患者本人の状況	☐ 生存 ☐ 死亡 / ☐ 未成年者 ☐ 成年被後見人 ☐ その他()				
確 認 欄	病院長	主治医	看護部長	病棟師長	事務長
☐ 開示					
☐ 非開示	総務課責任者	医事課責任者	診療情報管理室		
☐ 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	☐ 閲覧 ☐ 謄写 ☐ 医師による口頭説明 ☐ その他()				
備 考 欄					

【注意事項】※必ずご確認ください

申請に基づいて作成した資料に係る費用は、開示後に申請内容の全部または一部に変更・取消し等があった場合でも、作成済み分については返金いたしかねます。