カルテ等診療情報提供申出書

令和　　年　　月　　日

小牧市民病院院長　様

申出人　住所　〒

（ふりがな）

氏名

患者本人との続柄（　　）

電話

下記のとおり、診療情報の提供を申出します。

1．患者の氏名等	住所 （ふりがな） 氏名　　年　　月　　日　生
2．区　分 必要事項に○及びご記入ください。	(1)閲覧･複写 (2)診療科（　　） (3)外来カルテ･入院カルテ (4)医師記録･看護記録･検査結果･レントゲン写真（フィルム･CD) (5)期間　平成・令和　　年　　月　　日～　年　　月　　日まで （　　）
3．申出人 必要事項に○で囲んでください。	(1)　患者本人 ※本人証明添付 (2)　法定代理人 ※法定代理人を証明する書類及び未成年者が１５歳以上の場合は患者本人の同意書添付 (3)　患者本人が申出不可能な状態の配偶者・２親等までの血族及びその配偶者 ※２親等までの血族とは、父母・祖父母・子・孫・兄弟姉妹 ※関係を証明するものを添付 (4)　患者本人から同意を得た人（患者が死亡されている場合は、配偶者・２親等までの血族及びその配偶者から同意を得た人） ※本人証明及び同意書添付 (5)　その他 （　　）
4.　署　名 必要事項に○で囲み、署名してください。	令和　　年　　月　　日 １　閲覧しました。 ２　カルテ等複写（コピー）を受領しました。 氏名
5．備　考	

※カルテ等診療情報提供に伴う用紙代等は有料となります。

受付者印