

(記入の仕方)

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)

毛集

II

患者本人

電話

申出人(委任を受けた方)の

・住所(勤め先住所、会社名)

· 氏名

· 6 ·

電話平日 九時

・電話番号を記入ください。
※ 取扱者本人の身分証明書(写真入)

※ 申請者本人の身分証明書(写真入りのもの)
を2種類、必ず添付してください。

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	<p>住所 (ふりがな) 氏名</p> <p>該当する患者の住所、氏名、 生年月日をご記入ください。</p> <p>年 月 日 生</p>
2. 区 分	<p>(1)閲覧・複写</p> <p>(2)診療科 () 必要となるカルテが該当する診療科をご記入ください。)</p> <p>(3)外来カルテ・入院カルテ</p> <p>(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)</p> <p>(5)期間 平成・令和 年 月 日 ~ 年 月 日まで () 上記に対する補足などありましたらご記入ください。</p>
3. 申出人	<p>必要事項に○で囲んでください。</p> <p>(1) 患者本人 ※本人証明添付</p> <p>(2) 治療者 ※該当するものに○をつけてください。 ※ (2)、(3)、(4) に○を付けられる方は、<u>委任状または同意書</u>を添付してください。 ※ ただし、発行から 30 日以内のものに限る。</p> <p>(3) 患者及び配偶者 ※ (5)に○を付けられる方は()内に<u>根拠となる法律</u>などを具体的に明記してください。</p> <p>(4) 患者配偶者 ※ ご家族のカルテを開示される場合は、その関係性がわかるもの(戸籍謄本・住民票)の原本を添付してください。 ※ ただし、発行から 30 日以内のものに限る。</p> <p>(5) その他 ()</p>
4. 署名	<p>必要事項に○で囲み、署名してください。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>1 閲覧しました。</p> <p>2 カルテ等複写 (コピー)</p> <p>氏名</p> <p>当院にてお渡しの際に記入していただくため、 未記入のままご返送ください。 やむをえずお渡しが郵送となる場合、あらかじめ 2に○を付け、申出人がご署名してください。</p>
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。