

カルテ等診療情報提供申出書

年 月 日

小牧市民病院院長 様

申出人 (ふりがな)

氏名 _____ (続柄 _____)

住所 〒 _____

電話番号 _____ — —

下記のとおり、診療情報の提供を申出します。

1. 患者氏名等	ふりがな： _____ 診察券番号： _____ ・不明 氏名： _____ 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 住所： _____
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 ・ 入院 (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 _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日まで (_____)
3. 申出人 該当するもの を○で囲んで ください。	(1) 患者本人 (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等添付 (3) 患者が成人で判断能力に疑義がある場合の、配偶者・2親等までの血族 ・診断書等患者の状態がわかる書類、続柄証明等添付 (4) 患者本人から同意を得た配偶者・2親等までの血族 ・続柄証明、同意書等添付 (5) 患者が死亡されている場合の、配偶者・子・父母・兄弟姉妹 ・死亡を証明する書類、続柄証明等添付 (6) その他 (弁護士、保険会社、 _____) ・同意書等添付 ※申出人、患者本人の官公庁発行の顔つきの身分証明書 (患者死亡は除く) が必須 ※同意書は30日以内の原本 ※2親等までの血族とは、父母・祖父母・子・孫・兄弟姉妹を指す
4. 署 名 該当するものを ○で囲み、署名 してください。	1 閲覧しました。 2 カルテ等複写 (コピー) を受領しました。 年 月 日 氏名

※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。