

(記入の仕方)

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

住所 〒

申出人(委任状がある場合は委任を受けた方)の

・氏名

・患者本人との続柄

・住所

・電話番号 にご記入ください。

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： 氏名： 住所：	診察券番号 ・不明 該当する患者の氏名、生年月日、住所をご記入ください。 診察券番号がわかればご記入ください。	月 日
2. 区 分	(1) 閲覧 (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)	複写 必要となるカルテが該当する診療科をご記入ください。 必要なものに○をつけてください。 上記に対する補足などありましたらご記入ください。	
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 ・同意書等添付	該当するものに○をつけてください。 必要書類につきましては、医療の質・安全管理室 診療情報管理係までお問い合わせください。	
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)を受領した。	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。	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。