

診療情報提供申請書

様式 1

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請します。

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. 申請者 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) 患者本人が成人で判断能力に疑義がある場合や申出不可能な状態の場合、 患者本人の配偶者・2親等までの血族及びこれに準ずる者 ・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患者本人の配偶者・2親等までの血族及びこれに 準ずる者 ・続柄証明、同意書等添付 (5) 患者が死亡されている場合、患者本人の配偶者・子・父母・兄弟姉妹及び これに準ずる者 ・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 ※申請者、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 _____

※診療情報提供に伴う用紙代等は有料となります。