

(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 〒

申出人の

・住所

(ふりがな) ・氏名

氏名

・電話番号 をご記入ください。

電話

※ 申出者本人の身分証明書(写真入のもの)を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 | 住所 (ふりがな) 氏名 | 該当する患者の住所、氏名、 生年月日をご記入ください。 年 月 日 生 |
| 2. 区分 必要事項に○及び ご記入ください。 必要なものに○を つけてください。 | (1) 閲覧 (複写) (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。) (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 (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 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 ※ 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、委任状または同意書を添付してください。 (3) 患 及 ※ ※ ただし、発行から30日以内のものに限る。 ※ (5)に○を付けられる方は()内に根拠となる法律などを具体的に明記してください。 (4) 患 配 ※ ※ 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。 (5) その他 () | 妹 ま、 人) |
| 4. 署名 必要事項に○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) 氏名 | 令和 年 月 日 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。 |
| 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。