

診療録等診療情報提供申請書

愛知県厚生農業協同組合連合会 渥美病院 御中

年

月

日

(申請者) 〒 ー

住 所 _____

ふりがな _____

氏 名 _____ 印 (署名又は記名押印)

患者との続柄 (1) 本人 (2) 未成年者の法定代理人 (3) 遺族
(4) 患者本人より代理権を与えられた親族等
(5) その他 (_____)

生 年 月 日 M・T・S・H・R 年 月 日生 (歳)

電 話 番 号 (_____) ー _____

私は下記のとおり、診療録等の情報提供を希望します。

記 患者 ID・No. _____

期 間 等	入院・外来・両方	年 月 日～ 年 月 日		
		年 月 日～ 年 月 日		
		年 月 日～ 年 月 日		
情報提供を希望する 診療記録等 (該当の欄に○を 記入してください)			閲覧	謄写
	1. 診療録 (カルテ)			
	2. 検査記録・検査成績表			
	3. エックス線写真 (C T・MR I 等含む) ※C Dでの提供			
	4. 診療経過の要約書 (謄写がない場合) 要 ・ 否			
	5. その他 (_____)			
	6. 診療情報不在証明書 (指定期間に指定診療情報がないことを証明する)			
患者本人以外の者が申請する場合 (患者本人が申請者である場合は記載の必要はありません)	患者氏名及び生年月日	(ふりがな) 氏 名 M・T・S・H・R 年 月 日生 (歳)		
	患者の住所及び連絡先	〒 ー 電話番号 (_____) ー		
* 申請者本人確認	運転免許証・旅券・健康保険証・その他 (_____)			* 確認印
* 申請資格の確認	戸籍謄本・運転免許証・旅券・健康保険証・その他 (_____)			* 確認印
* 提供希望日時	年 月 日～	* 主治医	科	医師
* 備 考				

(注) 1. 申請の際、申請者本人であることを明らかにできる証明を提示してください。
2. 法定代理人が申請を行う場合は、上記以外に患者本人との関係が明らかにできる書面を提示してください。また患者本人（成年被後見人を除く）以外の申し出の場合は、本人の同意書もしくは委任状（様式任意）を提示してください。
3. * 欄は記入しないで下さい。