

## 診療録等診療情報提供申請書（記載例・個人用）

愛知県厚生農業協同組合連合会 渥美病院 御中

令和 5 年 1 月 4 日

申請者の情報をご記入ください。

(申請者) 〒 4 4 1 - 3 4 1 4  
 住 所 愛知県田原市神戸町赤石 1 - 1  
 ふりがな  
 氏 名 渥美 太郎 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 40年 8月 15日生 (57歳)  
 電話番号 ( 0 5 3 1 ) 2 2 - 2 1 3 1

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. 00222131	
期 間 等	入院・ <u>外来</u> ・両方	令和4年6月1日 ~ 令和4年12月31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	必要な記録に○を付けてください。 特定の診療科を希望される場合は別途 お申し付けください。	1. 診療録 (カルテ)	閲覧 膳写
		2. 検査記録・検査成績表	
		3. エックス線写真 (CT・MRI等含む) ※CDでの提供	
		4. 診療経過の要約書 (膳写がない場合) 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	〒 - 電話番号 ( ) -	
*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。

## 診療録等診療情報提供申請書（記載例・弁護士事務所用）

愛知県厚生農業協同組合連合会 渥美病院 御中

令和 5 年 1 月 4 日

申請者の情報をご記入ください。

(申請者) 〒 4 4 1 - 3 4 1 5  
住 所 愛知県田原市神戸町赤石 1 - 1  
ふりがな たはら いちろう  
氏 名 田原 一郎 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 ( 弁護士 )  
生年月日 M・T・(S)H・R 42年 8月 20日生 (55歳)  
電話番号 ( 0 5 3 1 ) 2 2 - 2 1 3 1

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. 00222131		
期 間 等	入院・ <u>外来</u> ・両方	令和4年6月1日 ~ 令和4年12月31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	必要な記録に○を付けてください。 特定の診療科を希望される場合は別途 お申し付けください。	1. 診療録 (カルテ)	閲覧	謄写
		2. 検査記録・検査成績表		
		3. エックス線写真 (CT・MRI等含む) ※CD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) あつみ たろう 氏 名 渥美 太郎 M・T・(S)H・R 40年 8月 15日生 (57歳)		
	患者の住所及び連絡先	〒 4 4 1 - 3 4 1 5 電話番号 (0 5 3 1) 2 2 - 2 1 3 1 愛知県田原市神戸町赤石 1 - 1		
*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。

## 診療録等診療情報提供申請書（記載例・保険会社用）

愛知県厚生農業協同組合連合会 渥美病院 御中

令和 5 年 1 月 4 日

申請者の情報をご記入ください。

(申請者) 〒 4 4 1 - 3 4 1 5  
住 所 愛知県田原市神戸町赤石 1 - 1  
ふりがな たはら いちろう  
氏 名 田原 一郎 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 ( 保険会社 )  
生年月日 M・T・(S)H・R 42年 8月 20日生 (55歳)  
電話番号 ( 0 5 3 1 ) 2 2 - 2 1 3 1

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. 00222131		
期 間 等	入院・外来 (両方)	令和4年6月1日 ~ 令和4年12月31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	必要な記録に○を付けてください。 特定の診療科を希望される場合は別途 お申し付けください。		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 (CT・MRI等含む) ※CD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 ( )		
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) あつみ たろう 氏 名 渥美 太郎		
		M・T・(S)H・R 40年 8月 15日生 (57歳)		
	患者の住所及び連絡先	〒 4 4 1 - 3 4 1 5 電話番号 (0 5 3 1) 2 2 - 2 1 3 1 愛知県田原市神戸町赤石 1 - 1		
*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。