

診療情報提供申請書

(受付No)

1 提供を受けたい診療情報の内容(診療情報の種類・対象期間等)			
(主治医の氏名)			
2 希望する提供方法			
① 閲覧		② コピー	
(希望日時) 第1希望		月	日
※閲覧の場合 第2希望		月	日
第3希望		月	日
		午前・午後	午前・午後
		午前・午後	午前・午後
3 患者の氏名等(患者本人以外の方が申請する場合に記入)			
氏名		生年月日	年 月 日生
住所・電話番号	()		
上記のとおり診療情報の提供を受けたいので申請します。			
令和 年 月 日			
総合せき損センター院長 殿			
申請者氏名		印 (患者との続柄)	
住所			
電話番号 ()			
(患者同意記入欄)			
※別添の同意書または委任状がある場合は不要です。			
患者		署名 印	
※ 確認欄(申請者は記入しないでください)			
(本人証明)			
・運転免許証 ・健康保険証 ・旅券 ・マイナンバーカード ・その他()			
(代理人証明)			
・申請者の身分証明書 ・同意書または委任状 ・住民票 ・戸籍謄本			
・その他()			

注1 申請書には各種証明書が必要です。また、受付の際、証明書のコピーをとらせていただきます。

注2 診療情報の提供方法がコピーの場合は、実費をいただきます。

注3 申請者氏名欄は、記名押印又は申請者本人の自筆による署名をしてください。

診療情報提供申請書

(受付No)

1	提供を受けたい診療情報の内容(診療情報の種類・対象期間等)
<p>平成〇年の入院カルテすべて／令和〇年〇月〇日以降のカルテ及び画像データ 等</p> <p>(主治医の氏名 労福 太郎)</p>	

2	希望する提供方法
<p>① 閲覧 ② コピー</p> <p>(希望日時) 第1希望 月 日 午前・午後</p> <p>※閲覧の場合 第2希望 月 日 午前・午後</p> <p> 第3希望 月 日 午前・午後</p>	

3	患者の氏名等(患者本人以外の方が申請する場合に記入)		
氏名	飯塚 一郎	生年月日	S40 年 12 月 20日生
住所・電話番号	飯塚市伊岐須550-4 0948 (24) 7500		

上記のとおり診療情報の提供を受けたいので申請します。

令和 年 月 日

総合せき損センター院長 殿

申請者氏名 飯塚 花子 印 (患者との続柄 実母)

住所 飯塚市伊分岐須550-4

電話番号 (0948) 24-7500

(患者の同意が必要な場合の患者記入欄)

※別添の同意書または委任状がある場合は不要です。

申請者が患者本人の場合は、記載不要です。

患者署名 飯塚 一郎 印

※ 確認欄(申請者は記入しないでください)
(本人証明)
・運転免許証 ・健康保険証 ・旅券 ・マイナンバーカード ・その他()
(代理人証明)
・申請者の身分証明書 ・同意書または委任状 ・住民票 ・戸籍謄本
・その他()

注1 申請書には各種証明書が必要です。また、受付の際、証明書のコピーをとらせていただきます。

注2 診療情報の提供方法がコピーの場合は、実費をいただきます。

注3 申請者氏名欄は、記名押印又は申請者本人の自筆による署名をしてください。