

診療情報提供申込書

年 月 日

砂川市立病院長 様

〈申込者〉

住 所	〒 -		
(フリガナ)			
氏 名	⑩		
生年月日	M・T・S・H・R	年 月 日	年 齢 歳
電話番号	- -		

下記のとおり、診療に関する情報の提供を申請します。

記

1 申込者 (☑を記入してください)	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 患者本人以外		
2 患者本人以外の場合 (患者ご本人の情報を記入してください。)	患者との関係		
	患者本人情報	氏 名	
		生 年 月 日	M・T・S・H・R 年 月 日
		住 所	〒 -
電 話 番 号		- -	
3 情報提供希望の診療科	科	主治医	
入院/外来	入院 ・ 外来		
4 情報提供を希望する診療記録の内容 (☑を記入してください)	<input type="checkbox"/> 診療録(カルテ) <input type="checkbox"/> 検査記録 <input type="checkbox"/> 画像記録 <input type="checkbox"/> その他()		
5 情報提供を希望する期間	年 月 ~ 年 月 の診療情報		
6 情報提供の方法 (☑を記入してください)	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 医師による説明 <input type="checkbox"/> 診療録の写し ※写しの場合は手数料がかかります		
7 同席者を希望される場合	同席者の氏名	患者との関係	

☆申込者が患者ご本人様以外の場合は、患者ご本人による同意書(下記)の提出が必要です。

☆受付時において申込者ご本人であることを証明するための書類(運転免許証、保険証、戸籍謄本等)を提示してください。またその書類に関しては本申込書とともに当院にて複写保管いたします。

(本人同意書)

私は上記のとおり、申込者_____に対して私の診療情報が提供されることに同意します。

患者本人_____⑩

事務局処理欄(この欄は事務局で記入します。)

申込者本人の確認事項			
<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 健康保険証	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本	<input type="checkbox"/> 印鑑証明書 <input type="checkbox"/> その他
提供希望日時			
1.	月	日	午前・午後 時
2.	月	日	午前・午後 時
備考			受理日