≪記載例≫

様式第1号

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	〒 XXX － XXXX		
（フリガナ） 氏　　名	㊞		
生年月日	M・T・S・H・R　　年　　月　　日	年 齢	歳
電話番号	—　　—		

⇐ 申込者のご住所をご記入ください。

⇐ 申込者のご氏名をご記入ください。

⇐ 申込者の生年月日をご記入ください。

⇐ 申込者の電話番号をご記入ください。

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）	☐ 患者本人　　☐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		
患者本人情報	生 年 月 日	M・T・S・H・R　　年　　月　　日	
患者本人情報	住　　所	〒　　－	
患者本人情報	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）	☐ 診療録（カルテ）　☐ 検査記録　☐ 画像記録 ☐ 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）	☐ 閲覧　☐ 医師による説明　☐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		

⇐ 申込者が患者本人であるか、患者本人以外であるかを選びチェックしてください。

⇐ 申込者が患者本人以外の場合、患者との関係をご記入ください。

⇐ 患者さんの情報をご記入ください。
氏名、生年月日、住所、電話番号

⇐ 診療科及び主治医をご記入ください。

⇐ 希望する診療記録の内容を選びチェックしてください。

⇐ 希望する診療期間をご記入ください。

⇐ 情報提供の方法を選びチェックしてください。

⇐ 同席される方がいる場合、同席者の氏名・患者との関係をご記入ください。

☆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、マイナンバーカード等）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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

事務局処理欄（この欄は事務局で記入します。）

申込者の身分確認事項 ☐運転免許証　☐健康保険証　☐マイナンバーカード　☐印鑑証明証　☐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

≪その他≫

・診療情報提供にあたり診療録の写しを希望する場合、コピー代として用紙1枚あたり11円（税込み）が必要となります。

・診療情報提供にあたり画像記録をCD-Rにてお渡しする場合、画像のコピー代として、10画像まで1,100円、11画像以上3,300円（CD-Rが2枚以上になる場合は1枚につき3,300円加算）が必要となります。