

カルテ等診療情報提供申出書

年 月 日

地方独立行政法人

西都児湯医療センター院長 殿

裏面に注意事項があります。お読みいただいてから必要事項に記載をお願い致します。

申出者	かな 氏名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	住所 〒	続柄	
	生年月日	年 月 日	電話番号

下記のとおり申出します。

患者情報	かな 氏名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	ID
	住所 〒		
	生年月日	年 月 日	電話番号

開示希望記録	申出に係る 診療情報の内容・理由				
	提供の区分	<input type="checkbox"/> 閲覧	<input type="checkbox"/> 口頭説明	<input type="checkbox"/> 貸し出し	<input type="checkbox"/> 文書提供(写し)
	希望開示期間	<input type="checkbox"/> 全て <input type="checkbox"/> 期間指定 (年 月 日 ~ 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他 ()			
	外来診療記録	<input type="checkbox"/> 診療録 <input type="checkbox"/> 検査記録 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	入院診療記録	<input type="checkbox"/> 診療録 <input type="checkbox"/> 手術記録 <input type="checkbox"/> 看護記録 <input type="checkbox"/> 検査記録 <input type="checkbox"/> その他			
	検査画像	<input type="checkbox"/> エックス線画像 <input type="checkbox"/> 生理画像 (心電図・超音波エコー・脳波) <input type="checkbox"/> 内視鏡画像			
	その他				

※本人同意欄	私は上記の通り、申出者 _____ に対して
	私の診療記録等が開示されることを同意いたします。
	患者氏名 _____ 印
	家族等氏名(続柄: _____) _____ 印 患者氏名がある場合は家族等氏名は不要

※病院使用欄	申出者本人確認欄	運転免許証・パスポート・健康保険証・警察手帳・その他 ()	担当
	申出者資格確認	戸籍謄本 その他 ()	
	料金説明・支払い	<input type="checkbox"/> 済 開示基本手数料 【1回 1,100円】 文書コピー料 【20円 × 枚】	
	備考		

- 注 1.「申出に係わる診療情報の内容」欄は、提供の申出をしようとする診療情報が特定できるように具体的に記入してください。
- 2.申出者は、申出者であることを証明する書類を提出し、又は提示してください。
 - 3.患者本人以外の者による申出の場合、資格を有することを証明する書類を提出し、又は提示してください。
 - 4.患者本人（15歳未満、成年被後見人及び死亡している場合を除く）以外の申出の場合は、本人の同意欄に記載してください。
 - 5.「本人の住所及び電話番号」欄には、本人の連絡先が本人の住所及び電話番号と異なるときは連絡先もあわせて記入してください。