

診療情報提供申出書

年 月 日

大分県立病院長 殿

(申出者)

〒

住 所

(ふりがな)

氏 名

電話番号 自宅

携帯

以下のとおり、申し出ます。

1 申出に係る診療情報の内容	<input type="checkbox"/> 診療録(カルテ) <input type="checkbox"/> 検査記録 <input type="checkbox"/> 看護記録 <input type="checkbox"/> エックス線写真及び電磁的記録(CD-ROM) <input type="checkbox"/> 手術記録 <input type="checkbox"/> 要約書(サマリー) <input type="checkbox"/> 処方せん <input type="checkbox"/> その他() ※ その他(説明書・同意書、診療情報提供書(紹介状))
	<input type="checkbox"/> 情報提供を申し出る診療科、診療期間、外来・入院の別 診療科() (年 月 日 ~ 年 月 日) (外来・入院) 診療科() (年 月 日 ~ 年 月 日) (外来・入院)
2 提供の区分	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 口頭による説明 <input type="checkbox"/> 診療記録の写し等の交付 <input type="checkbox"/> 要約書の交付
3 申出の理由(省略可)	
4 患者本人の氏名等	※ 住 所
	ふりがな
※ 申出者が患者本人の場合は省略可	※ 氏 名
	※ 電話番号
	生 年 月 日 昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
	I D 番 号 (判らないときは省略可)
	患者本人との続柄(関係) 1 患者本人 2 患者本人以外(患者本人の同意が必要) ア 法定代理人 イ 患者本人の同意を得た三親等内の親族 ウ 実質的に患者の世話をしている親族又はそれに準ずる者 3 患者本人死亡 患者の配偶者、子、父母及びこれに準ずる者(これらの者に法定代理人がいる場合の法定代理人を含む)
	患者本人の同意 私は、この診療情報提供について同意します。 年 月 日 氏 名
5 提供を希望する日時	年 月 日 時頃

※ 以下、事務局処理欄

申出者本人確認方法	1 運転免許証 2 旅券 3 健康保険被保険者証 4 マイナンバーカード 5 その他()
申出者資格確認方法	1 戸籍謄本 2 その他()
備 考	