

診療情報提供申出書

令和 年 月 日

県立柿崎病院 院長 様

住 所
 申出者 氏 名
 電話番号

下記のとおり申し出ます。

申出に係る診療情報の内容		
提供方法の区分		(1) 口頭による説明 (2) 診療記録の閲覧 (3) 診療記録の写しの交付 (4) 要約書の交付 (郵送希望 有・無) (郵送希望 有・無)
申出の理由		
患者本人以外の提供の申出の場合の患者本人の氏名等	申出者の区分	(1) 未成年者の法定代理人 (2) 成年被後見人の法定代理人 (3) ケアを行っている親族等 (4) 配偶者及び2親等以内の親族である遺族
	患者本人の氏名	(続柄)
	患者本人の住所及び電話番号	() -
患者本人の同意		私は、私の診療情報を上記申出者に提供することに同意します。 (自署) _____ 印
※ 事務局 処理欄	申出者本人 確認欄	(1) 運転免許証 (2) 旅券 (3) 健康保険証 (4) その他 ()
	申出者資格 確認欄	(1) 戸籍謄本 (2) その他 ()
※ 備考		

注1 「申出に係る診療情報の内容」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 患者本人以外の申出の場合は、申出者であることを証明する書類に加え、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。

3 ※印欄は、記入しないでください。