

診療情報提供申請書

社会医療法人財団白十字会
白十字病院 病院長 殿

令和 年 月 日

(患者氏名)			患者ID:
ふりがな			
氏名	(姓)	(名)	
生年月日	M・T・S・H・R	年 月 日	

(申請者)	〒		
住所			
ふりがな			
氏名	(姓)	(名)	印
生年月日	M・T・S・H・R	年 月 日	年齢 歳
電話番号	-		
本人との続柄 (いずれかに○を付けて下さい。)	・患者本人 ・法定代理人 ・診療契約に関する代理権が付与されている任意後見人 ・患者本人から委任された親族及び任意代理人 ・患者本人に判断能力に疑義がある場合は、現実に患者の世話をしている親族及びこれに準ずる縁故者 ・法定相続人(本人死亡の場合)		

(診療情報提供の方法及び内容)

情報提供の方法※1	謄写(写しの交付)・医師による説明(カルテ、画像等の供覧)	
外来・入院※1	外来・入院	
時期	年 月 日 から 年 月 日	
情報提供を希望する診療記録の内容※2	<input type="checkbox"/> 診療録(カルテ)	備考
	<input type="checkbox"/> 看護記録	
	<input type="checkbox"/> 検査記録	
	<input type="checkbox"/> 画像記録	
	<input type="checkbox"/> その他※3	

※1:該当の項目に○をつけてください。 ※2:希望の項目に☑をつけてください。 ※3:内容を具体的に記入してください。

☆ 申請者が患者さんご本人以外の場合は、患者さんご本人による委任状(別紙)の提出が必要です。また、当院より患者さんご本人に確認をさせて頂く場合があります。

☆ 受付にて申請者本人であることを証明するための書類(運転免許証、旅券、保険証、戸籍謄本等)を提示してください。その書類に関しては本申請書とともに当院にて複写・保管いたします。