

様式第1号（第1条関係）

診療情報提供申出書

（申請日） 年 月 日

雲南市立病院長 様

（申請者）

〒 _____

住所 _____

氏名 _____ (印)

電話番号 (_____) _____

患者との続柄 (_____)

私は、下記のとおり診療情報の提供を希望します。

1	申出に係る診療情報の内容（複数チェック可）	<input type="checkbox"/> 診療録 <input type="checkbox"/> 看護記録 <input type="checkbox"/> 処方箋 <input type="checkbox"/> 検査記録 <input type="checkbox"/> 検査結果報告書 <input type="checkbox"/> 手術・麻酔記録 <input type="checkbox"/> 画像記録 その他記録（ _____ ）	
2	情報提供の方法（複数チェック可）	<input type="checkbox"/> 口頭による説明 <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 要約書の交付 <input type="checkbox"/> 写しの交付（ _____ ）	
3	申出の理由		
4	患者本人以外の提供申し出の場合の患者本人の氏名等 （患者本人が申請する場合は記入の必要はありません）	患者本人の状況	<input type="checkbox"/> 成人 <input type="checkbox"/> 未成年者（満15歳以上） <input type="checkbox"/> 未成年者（満15歳未満） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
		患者本人の氏名	_____（男・女）
		患者本人の生年月日	（明・大・昭・平・ _____） 年 月 日
		患者本人の住所	_____
		患者本人の電話番号	（ _____ ） _____
* 申出者確認欄	申出者本人の確認書類	(1) 運転免許証 (2) 旅券（パスポート） (3) 健康保険証 (4) 住民票 (5) その他（ _____ ）	
	患者本人と申出者との関係確認書類	(1) 戸籍謄本（抄本） (2) その他（ _____ ）	
病院処理欄	受付月日		
	受付番号		

注1 申し出の際、申込者本人であることを明らかにできる証明書等の書面を提示して下さい。

注2 患者本人以外による申し出の場合は、患者本人との関係が明らかにできる書類を提出、又は提示して下さい。

注3 患者本人から代理権を与えられた親族（父母・配偶者・患者の子（成人））が申し出を行う場合は、患者本人の意思が確認できる委任状を添えて下さい。