

様式第5号（第3条関係）

診療情報提供実施記録

年 月 日

受付年月日	年 月 日	受付番号	
患者氏名		患者番号	
診療情報提供の申出内容			
回答年月日	年 月 日	回答書番号	雲 病 情 第 号
回答内容 <input type="checkbox"/> 全部開示 <input type="checkbox"/> 部分開示 <input type="checkbox"/> 不開示			
開示する場合の方法 <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 口頭説明 <input type="checkbox"/> 謄写 <input type="checkbox"/> 要約書			
実施年月日	年 月 日	開示実施場所	
口頭説明者		立会(交付)職員	
被提供者		謄写交付枚数	
備考			

提供（交付）終了後、確認のために署名をお願いいたします。

上記のとおり診療情報の提供（口頭説明・閲覧・謄写・要約書の受領）を受けました。 年 月 日 被提供者 住所 氏名（直筆）
