

診療情報提供申出書（ご本人用）

病院名（ 大阪市立総合医療センター ） 病院長 様

	平成	年	月	日
ふりがな				
申出者氏名				
生年月日	西暦・明・大・昭・平	年	月	日
診察券・登録番号				
住 所				
連絡先電話番号	() —			
提供を求める 診療情報	<input type="checkbox"/> ① 診療録 <input type="checkbox"/> □ すべて（外来・入院） <input type="checkbox"/> □ 外来のみ <input type="checkbox"/> □ 入院のみ <input type="checkbox"/> □ 一部 <input type="checkbox"/> ② 画像情報 <input type="checkbox"/> □ すべて <input type="checkbox"/> □ 一部	すべて以外を選択された場合は、診療期間、診療科、主治医名等をご記入ください。 (診療期間) _____ (診療科) _____ (主治医名) _____ (その他) _____ _____ _____		
診療録に 他院の紹介状等が 含まれている場合	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要			
情報提供方法	<input type="checkbox"/> 閲覧のみ <input type="checkbox"/> 写しの交付（※ 画像情報は、CD-Rでの提供となります。）			
(交付希望の方) 受取方法	<input type="checkbox"/> 来院 <input type="checkbox"/> 郵送			
本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他（			
備 考				