

診療情報提供申出書（ご本人以外用）

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				
住 所				
連絡先電話番号	() —			
提供を求める 患者本人の氏名等	〔患者氏名〕			
	〔生年月日〕 西暦・明・大・昭・平 年 月 日			
	〔診察券・登録番号〕			
患者本人との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> その他 ()			
提供を求める 診療情報	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 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			
申出者本人確認	<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				

● 太枠の中だけご記入ください。