

## 診療情報提供申出書（ご本人用）

病院名（ 大阪市立十三市民病院 ） 病院長 様

		令和	年	月	日
ふりがな					
申出者氏名	(旧姓: _____)				
生年月日	西暦・明・大・昭・平・令	年	月	日	
診察券・登録番号					
現住所	〒 _____				
連絡先電話番号	( _____ ) _____				
提供を求める 診療情報	<p>① 診療録</p> <p><input type="checkbox"/> すべて（外来・入院）</p> <p><input type="checkbox"/> 外来のみ</p> <p><input type="checkbox"/> 入院のみ</p> <p><input type="checkbox"/> 一部</p> <p>② 画像情報</p> <p><input type="checkbox"/> すべて</p> <p><input type="checkbox"/> 一部</p> <p><input type="checkbox"/> 不要</p>	<p>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。</p> <p>(診療期間)</p> <p>西暦・昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日から</p> <p>平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで</p> <p>(診療科)</p> <p>_____</p> <p>(主治医名)</p> <p>_____</p> <p>(その他)</p> <p>_____</p>			
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、光ディスク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					