

診療情報提供(カルテ開示)申出書 (ご本人用)

病院名 (大阪市立十三市民病院) 病院長 様

		記載年月日	年	月	日
ふりがな					
申出者氏名	(旧姓: _____)				
生年月日	西暦	年	月	日	
診察券・登録番号					
現住所	〒 _____				
連絡先電話番号	(_____)	—	※申出者の連絡先で、日中つながりやすい番号を記入ください。		
提供を求める診療情報	<p>① 診療録</p> <input type="checkbox"/> すべて (外来・入院) <input type="checkbox"/> 外来のみ すべて <input type="checkbox"/> 入院のみ すべて <input type="checkbox"/> 一部 <p>② 電子カルテの修正履歴 いずれか一方を選択してください。</p> <input type="checkbox"/> 要 ※案内文Q&Aもご参照ください。 <input type="checkbox"/> 不要 <p>③ 画像情報</p> <input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 不要	<p>「一部」を選択された場合は、下記に提供を希望する診療期間等をご記入ください。</p> <p>(診療期間)</p> <p>(西暦) 年 月 日から</p> <p>年 月 日まで</p> <p>(その他)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>※電子カルテの修正履歴</p> <p>電子カルテの記載に修正がある場合、</p> <p>「要」の場合、修正前と修正後の両方を印字したものを交付します。「不要」の場合、修正後の記載を印字したものを交付します。</p>			
診療録に他施設が作成した書類が含まれている場合 (診療情報提供書など)	<input type="checkbox"/> 必要 → 作成元の施設に診療情報開示請求があった旨を通知いたします。(提供の可否は作成元施設の判断となります。) <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					