

## 診療情報提供(カルテ開示)申出書 (ご本人用)

※申出書の控えを希望される方はお申し出ください。

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)	<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>			
	<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</p> <p>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				
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。 <input type="checkbox"/> 不要 (提供の可否は作成元施設の判断となります。)				
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"/> パスポート(住所記載あるもの)			
	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード(表面のみ)	<input type="checkbox"/> その他( _____ )			
備考					