（第2号様式）

診療情報提供(カルテ開示)申出書（ご本人以外用）

※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	
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。
提供を求める患者本人の氏名等	〔ふりがな〕 〔患者氏名〕　（旧姓：　　） 〔生年月日〕　西暦　　年　　月　　日 〔診察券・登録番号〕
患者本人との関係	□ 配偶者　□ 子　□ 父母　□ その他（　　）
提供を求める診療情報	①　診療録 □ すべて（外来・入院） □ 外来のみ すべて □ 入院のみ すべて □ 一部 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。 □ 要　※「よくあるお問い合わせについて」も参照ください。 □ 不要 ③　画像情報 □ すべて □ 一部 □ 不要
	「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。 (診療期間) （西暦）　年　月　日から 年　月　日まで (その他) **※電子カルテの修正履歴** 電子カルテの記載に修正がある場合、「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。
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）	□ 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。 □ 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	□ 閲覧のみ □ 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	□ 来院 □ 郵送
申出者本人確認	□ 運転免許証　□ パスポート(住所記載あるもの) □ マイナンバーカード(表面のみ)　□ その他(　　)
備　　考	
提出いただいた戸籍・住民票等の返却について	原本は原則として返却いたしません。返却を希望される場合は、必ず以下にチェックを入れてください。 □ 原本返却を希望　※カルテ開示（お渡し）時にあわせて返却いたします。 ※申請者本人確認書類の写しは返却いたしかねます。