

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

		令和	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〕 (旧姓：)				
	〔生年月日〕 西暦・明・大・昭・平・令 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、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				
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					