

診療情報提供申出書 (ご本人用)

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	(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 平成・令和 _____ 年 月 日まで</p> <p>西暦・昭和 _____ 年 月 日まで 平成・令和 _____ 年 月 日まで</p> <p>(診療科) _____</p> <p>(主治医名) _____</p> <p>(その他) _____</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)	<p><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。)</p> <p><input type="checkbox"/> 不要</p>				
情報提供方法	<p><input type="checkbox"/> 閲覧のみ</p> <p><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。)</p>				
(交付希望の方) 受取方法	<p><input type="checkbox"/> 来院</p> <p><input type="checkbox"/> 郵送</p>				
本人確認	<p><input type="checkbox"/> 運転免許証</p> <p><input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証</p> <p><input type="checkbox"/> その他 (_____)</p>				
備考					