

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					
現住所	〒				
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 <input type="checkbox"/> 不要	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) 西暦・昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日から 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで (診療科) _____ (主治医名) _____ (その他) _____			
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				
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					

※提出いただいた戸籍・住民票等について、返却を希望される場合はその旨をお書き添えください。(申出者本人確認書類につきましては、返却は致しかねます。)