

※申請書番号 (病院記入欄)

## 診療記録（情報提供）許可申請書

令和 年 月 日

大阪市立総合医療センター病院長様

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

連絡先 \_\_\_\_\_

(携帯可)

退職時所属（診療科） \_\_\_\_\_

退職時職員番号 \_\_\_\_\_

大阪市立総合医療センターに在籍していた当時の診療記録について、下記のとおりご許可いただきますようお願いします。

### □ 情報提供

#### ◆ 使用目的 提出先・使用方法を詳細に記入してください。

提出先 (\_\_\_\_\_)

使用方法 (\_\_\_\_\_)

#### ◆ 情報内容

※ 提供情報に含まれる個人（ID・氏名など）を特定できる項目は削除（黒塗り）してお渡しします。

期間（西暦）及び情報内容を詳細に記入して下さい。

例) ○年○月○日～○年○月○日に担当した患者の退院サマリー、患者○○氏の○年○月○日の検査所見など、項目内容を詳細に記入して下さい。

①期間： 年 月 日 ～ 年 月 日

内容： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

②期間： 年 月 日 ～ 年 月 日

内容：  
-----  
-----  
-----

◆ 受領する情報の形態：□印刷物(紙)

◆ 受領希望日 年 月 日頃

上記診療情報及び診療情報提供に関する注意事項を確かに受領しました。  
当院の定める「個人情報保護のための遵守事項」並びに「診療情報提供に関する注意事項」を遵守することを誓約します。

申請者氏名 印 / 受領日 年 月 日