

# 記入例

【退職者用】  
第六号様式（第十一条関係）

※申請書番号

（病院記入欄）

## 診療記録（情報提供）許可申請書

※記入日

令和 〇年 〇月 〇日

大阪市立総合医療センター病院長 様

※ご自宅の住所を記入

住 所 大阪市〇〇区△△町1-2-303号

氏 名 都島 太郎

※自署で記入

生年月日 平成 1年 2月 3日

連絡先 090-〇〇〇〇-1234

（携帯可）

退職時所属（診療科） 〇〇〇〇科

※不明の場合は空欄で提出可

退職時職員番号 1234567

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いたします。

### □ 情報提供

◆ 使用目的 提出先・データ使用方法を詳細に記入してください。

提出先 ( 日本〇〇〇〇科△△学会 )

使用方法 ( 専門医取得のためのサマリー提出 )

### ◆ 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）してお渡します。

期間（西暦）及び情報内容を詳細に記入して下さい。

例) 〇年〇月〇日～〇年〇月〇日に担当した患者の退院サマリー、患者〇〇氏の〇年〇月〇日の検査所見など、項目内容を詳細に記入して下さい。

①期間： 令和 〇年 〇月 〇日 ～ 令和 △年 △月 △日

内容： 上記期間中の退院サマリー及び執刀した手術記録のすべて

※記入しきれない場合は裏面へ記入するか、別紙を添付してください。

②期間： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

内容： \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

◆ 受領する情報の形態： 印刷物（紙）

※個人情報保護の観点から紙媒体以外での  
情報提供は致しかねます。

◆ 受領希望日 \_\_\_\_\_ 〇〇 年 \_\_\_\_\_ 〇 月 \_\_\_\_\_ 〇 日頃

※受領希望日があれば記入。

ただし申請書を担当部署が受領してから、おおよそ2週間で提供可能となります。  
また件数や内容によりましては、上記以上のお日にちを頂戴いたしますので、  
ご了承の上、ご希望のお日にちをご記入ください。

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

※情報提供を受けてから記入いただく部分となります。  
従いまして申請時には空白のままで、ご提出ください。