

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

		記載年月日	年	月	日
ふりがな					
申出者氏名	(旧姓: _____)				
生年月日	西暦	年	月	日	
診察券・登録番号					
現住所	〒 _____				
連絡先電話番号	(_____)	—	※申出者の連絡先で、日中つながりやすい番号を記入ください。		
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 すべて <input type="checkbox"/> 入院のみ すべて <input type="checkbox"/> 一部 ② 電子カルテの修正履歴 いずれか一方を選択してください。 <input type="checkbox"/> 要 ※案内文Q&Aもご参照ください。 <input type="checkbox"/> 不要 ③ 画像情報 <input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 不要	「一部」を選択された場合は、下記に提供を希望する診療期間、診療科等をご記入ください。 (診療期間) (西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日まで (診療科) (その他) _____ ※電子カルテの修正履歴 電子カルテの記載に修正がある場合、 「要」の場合、修正前と修正後の両方を印字したものを交付します。「不要」の場合、修正後の記載を印字したものを交付します。			
	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				
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					