（第2号様式）

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

記載年月日　　年　　月　　日

ふりがな	
申出者氏名	
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。
提供を求める患者本人の氏名等	〔患者氏名〕　　（旧姓：　　） 〔生年月日〕　西暦　　年　　月　　日 〔診察券・登録番号〕
患者本人との関係	□ 配偶者　□ 子　□ 父母　□ その他（　　）
提供を求める診療情報	① 診療録 □ すべて（外来・入院） □ 外来のみ すべて □ 入院のみ すべて □ 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。 □ 要　※案内文Q&Aもご参照ください。 □ 不要 ③ 画像情報 □ すべて □ 一部 □ 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）	□ 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。） □ 不要
情報提供方法	□ 閲覧のみ □ 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	□ 来院 □ 郵送
申出者本人確認	□ 運転免許証 □ 健康保険被保険者証 □ 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。）