

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	<p>① 診療録</p> <input type="checkbox"/> すべて（外来・入院）	<p>「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。</p> <p>(診療期間)</p> <p>(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日から</p> <p>_____ 年 _____ 月 _____ 日まで</p> <p>(診療科) _____</p> <p>(その他) _____</p> <p>※電子カルテの修正履歴</p> <p>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。</p>			
	<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				
	<p>② 電子カルテの修正履歴</p> <p>いずれか一方を選択してください。</p> <input type="checkbox"/> 要 ※「よくあるお問い合わせについて」も参照ください。				
	<input type="checkbox"/> 不要				
	<p>③ 画像情報</p> <input type="checkbox"/> すべて				
	<input type="checkbox"/> 一部				
	<input type="checkbox"/> 不要				
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					