

		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 ※「よくあるお問い合わせについて」も参照ください。 ☐ 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。）