

診療情報提供申請書

令和 年 月 日

独立行政法人
地域医療機能推進機構大阪病院長 殿

(申請者)
(番号を○で囲む)

1 患者本人	住 所
2 法定代理人(法定相続人)	電話番号
3 上記以外の親族又はこれに準ずる者	氏 名 印
(本人との関係)	生年月日 M・T・S・H・R 年 月 日

※ 法定代理人による申請の場合はそれを証明するもの、親族による申請の場合は委任状(別紙様式2)を添えて下さい。

貴院での診療情報提供について、下記のとおり申請いたします。

1 診療情報の提供を求める患者の氏名	住 所
(申請者が本人の場合は記入不要)	電話番号
	氏 名 印
	生年月日 M・T・S・H・R 年 月 日

2 提供を求める診療情報の内容(番号を○で囲む)

- ① 診療録(カルテ) ② 手術記録 ③ 各種検査記録 ④ エックス線写真
- ⑤ 助産録 ⑥ 看護記録 ⑦退院時サマリ ⑧診察記事のみ
- ◎ 開示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日まで)

3 提供の区分(番号を○で囲む)

- ① 閲 覧 ② 口頭による説明
- ③ 要 約 書 ④ 写 し