

診療情報提供申出書

柏崎総合医療センター病院長 様

下記の診療情報の提供を申し出いたします。

申請内容 ※申請内容の詳細が不明な場合、記載が不可能な場合は、病院担当者が記載します。

患者氏名	[]	患者番号	[-]
患者の生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月 日
診療科	【]科	【]科	【]科
診療記録等種別	<input type="checkbox"/> 入院カルテ <input type="checkbox"/> 外来カルテ <input type="checkbox"/> その他[]		
	<input type="checkbox"/> 検査記録・検査結果	<input type="checkbox"/> X線写真・CT画像・MRI画像(CD-R出力のみ)	
情報提供の区分	<input type="checkbox"/> 書面による写し(コピー 1枚 22円)	<input type="checkbox"/> 閲覧のみ	
	<input type="checkbox"/> 電磁的記録による写し(CD-R 1枚 3,300円)		
	※カルテ記録等と画像データ記録(X線・CT等)はそれぞれに費用が発生します。		
情報提供を受けたい期間	年 月 日 ~	年 月 日	
提供、閲覧の希望日	第一希望日	年 月 日	
	第二希望日	年 月 日	
	第三希望日	年 月 日	

上記申請内容で相違ありません。

※下記枠内は、申請者本人による記載のこと

	申出年月日	年 月 日
申出者	氏名	印
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	住所	〒 -
	電話番号	()
	不在時の連絡先	(連絡をした場合に支障のない連絡先をお書きください)
	患者との続柄	本人・その他()

※事務使用欄 **申出本人であることを証明するもの** (2種類以上確認しコピー不要) 運転免許証 保険証 診察券 その他()
本人外の開示の場合【法定代理人(配偶者等)】 戸籍謄本 もしくは 住民票 その他()
本人外の開示の場合【任意代理人(弁護士等)】 委任状 印鑑証明 戸籍謄本 もしくは 住民票 その他()