

診療情報提供申請書

患者	フリガナ	(姓) バンタネ (名) タロウ
	氏名	坂種 太郎
	患者番号	〇〇 - 〇〇 - 〇〇 - 〇
	住所 (連絡先)	〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇〇番 〇〇マンション〇号室 電話番号 (〇〇〇) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇
	生年月日	M. T. S. (H.) R 〇年 〇月 〇日生
開示内容 (該当又は希望する箇所に ○を記入してください)	診療科名	例 循環器内科
	診療期間	S. H. (R) 〇年〇月〇日 ~ S. H. (R) 〇年 〇月 〇日
	①. 診療録 ②. 看護記録 ③. 検査記録 ④. エックス線写真 ⑤. その他 () () () ()	

私は、上記のとおり、診療記録等の開示を希望します。

開示希望の項目に○をつけてください

〇〇〇〇年 〇月 〇日

申請者自署 氏名

坂種 花子

患者との関係 患者本人 親族等 (妻) 法定代理人

※ 申請者が患者本人以外の場合、下記事項につきましても記載願います。

自筆での署名を
お願いいたします

住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇〇番

電話番号 (〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇

私は、申請者 に対して、私の診療情報が提供されることに同意します。

記入不要

年 月 日

患者本人自署

注1 申請の際、申請者本人であることを確認するために必要な書類（運転免許証、健康保険証、厚生年金手帳、住民票等、身分を証明できるもの）を提出してください。

注2 親族等が申請する場合は、注1の書類の他、その資格を確認するために必要な書類（戸籍謄本等）を提出してください。

注3 提供された診療情報は、秘密保持の観点から、慎重に管理してください。

2024/3/5 改訂