

(様式1)

診療情報提供申請書

申請年月日 年 月 日

済生会八幡総合病院院長 殿

開示対象となる方	フリガナ		患者ID番号
	氏名		
	生年月日	明・大・昭・平	年 月 日生
	住所	〒	
	電話番号		

本人による申請

申請者	フリガナ	
	氏名	印

代理人による申請

申請者	フリガナ		
	氏名	印	
	住所	〒	
	電話番号		
	本人との関係		

申請に係る 診療情報の内容	<input type="checkbox"/> 情報提供申請の診療科、診療期間、入院・外来別		
	診療科()	(年 月 日～ 年 月 日	(入院・外来)
	診療科()	(年 月 日～ 年 月 日	(入院・外来)
	診療科()	(年 月 日～ 年 月 日	(入院・外来)
	<input type="checkbox"/> 診療録(カルテ)	<input type="checkbox"/> 処方内容	<input type="checkbox"/> 要約書
	<input type="checkbox"/> 看護記録	<input type="checkbox"/> 検査記録	<input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 手術記録	<input type="checkbox"/> X線写真	()

提供の方法	<input type="checkbox"/> 謄写 <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 口頭による説明 <input type="checkbox"/> 退院時要約
-------	---

病院処理欄

本人申請の場合	①運転免許証 ②旅券 ③健康保険証 ④戸籍謄本 ⑤その他()
本人以外の場合	①戸籍謄本 ②同意書(様式2) ③その他()
備考	※同意書が必要ない場合 ・死亡されている場合 ・15歳以下の場合 ・16歳以上で本人の意思表示ができない場合

確認者

--