

診療録等診療情報提供申出書

令和 年 月 日

社会福祉法人恩賜財団
済生会西条病院 院長殿

住 所
申出者 氏 名
電話番号

下記のとおり申し出ます。

1. 申出に係る診療情報の内容（範囲）		(1) 診療録 (2) 看護記録 (3) 検査記録 (4) 検査結果報告書 (5) 手術記録 (6) 麻酔記録 (7) レントゲン画像 (8) その他（ ）	
		期間： 年 月 日～ 年 月 日	
2. 提供の区分（○で囲む）		(1) 閲覧 (2) 口頭による説明 (3) 謄写（コピー） (4) 要約書の交付	
3. 申出の理由（ご本人の場合必ずしも必要ではありません）			
4. 患者本人以外の提供の申出の場合の患者本人の氏名等	患者本人の状況（○で囲む）	(1) 成年被後見人、被保佐人、被補助人 (2) 未成年者（満15歳以上） (3) 未成年者（満15歳未満） (4) その他（ ）	
	患者本人の氏名		
	患者本人の住所及び電話番号		
※診療に関する相談窓口 処理欄	申出者本人 確認欄	(1) 運転免許証 (2) 旅券 (3) その他（ ）	
	申出者資格 確認欄	(1) 戸籍謄本 (2) 登記事項証明書 (3) 任意後見監督人が選任されたことを示す選任命令書 (4) その他（ ）	
※ 備 考			

- 注1. 「申出に係る診療情報の内容」欄は、提供の申出をしようとする診療情報が特定できるよう具体的に記入してください。
2. 法定代理人による申出の場合は、申出者であることを証明する書類に加え、資格を有することを証明する書類を提出し、また提示してください。また、患者本人（成年被後見人、被保佐人、被補助人、未成年者、満15歳以上で合理的判断のできない場合を除く）以外の申出の場合は、本人の委任状を提出してください。
3. 「本人の住所及び電話番号」欄には、本人の連絡先が本人の住所及び電話番号と異なるときは、連絡先も併せて記入してください。
4. ※印欄には、記入しないでください。