

# 診療情報提供の申請書

# 記入例

大隅鹿屋病院病院院長 殿

(様式1号)

申請する患者氏名	フリガナ	オオスミ タロウ
	患者氏名	大隅 太郎
	生年月日	M ・ T ・ <u>S</u> ・ H ・ R 8 年 4 月 1 日生
	住所	〒 893 - 0000 鹿児島県 鹿屋市 ○○町 8000-1
	電話番号	( 0994 ) 00 - 0001
提供を希望する記録 (○で囲んでください)	診療記録 ( <u>退院時要約</u> ・ 医師記録 ・ 看護記録 ・ 体温表 ・ 検査記録 )	
	画像記録 その他( )	
	診療科 ○○ 科 R2 年 8 月 1 日 ~ R2 年 9 月 4 日の期間	
提供方法 (○で囲んでください)	1. 閲覧 <u>2. 謄写</u> 3. その他( )	
修正履歴記録	<u>要</u> ・ 不要	
<b>申請者</b>		
氏名	大隅 花子	
(患者との関係)	1. 本人 <u>2. 親族(続柄 妻)</u> 3. その他( )	
住所	〒 893 - 0000 鹿屋市○○町0000-3	
電話番号	( 080 ) 123 - 4567	
私は、上記のとおり、診療情報の提供を希望します。		
令和 5 年 ○ 月 ○ 日		

太枠の中をご記入下さい。

必要な診療録患者の情報をご記入下さい。

・開示希望の診療録に○で選択してください。  
・記載以外のもの(リハ記録等)の場合はその他に記入下さい。  
・希望の診療科、期間が分かりましたら記入下さい。

記録の提供方法に○で選択下さい。  
1. 閲覧・・・診療録閲覧  
2. 謄写・・・診療録の複写の提供  
3. その他・・・上記以外の場合ご記入下さい。

修正履歴・・・記録の変更を行った全ての記録

申請者・・・診療録提供の申請者の氏名、関係、住所、電話番号をご記入下さい。

## (本人同意書) ※患者本人の場合は記入不要

私は、上記のとおり、申請者 大隅 花子  
提供されることに同意します。

患者本人(自筆) 大隅 太郎 押印→ 印

申請者が患者本人ではない場合、本人同意書の欄に本人同意の署名、押印をお願いします。