

診療情報提供申請書

(様式1号)

社会医療法人財団白十字会
白十字病院 病院長 殿

年 月 日

(患者氏名)	患者ID:
ふりがな	
氏 名	
生 年 月 日	M・T・S・H・R 年 月 日

(申請者)	
住 所	〒 -
ふりがな	
氏 名	印 (自筆の場合は省略可)
生 年 月 日	T・S・H 年 月 日 年 齡 歳
電 話 番 号	- -
本人との続柄※1	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 患者本人から委任された3親等以内の親族 <input type="checkbox"/> 患者本人に判断能力に疑義がある場合は、現実に患者の世話をしている親族及びこれに準ずる縁故者 <input type="checkbox"/> 法定相続人(本人死亡の場合) <input type="checkbox"/> 代理権を得た法律事務所、保険会社、その他調査機関等

(診療情報提供の方法及び内容)

情報提供の方法※1	<input type="checkbox"/> 謄写(写しの交付) <input type="checkbox"/> 医師による説明(カルテ、画像等の供覧)	
外来・入院※1	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院	
時 期	年 月 日 から 年 月 日	
情報提供を希望する 診療記録の内容※1	備 考	
	<input type="checkbox"/> 診療録(カルテ)	
	<input type="checkbox"/> 看護記録	
	<input type="checkbox"/> 検査記録	
	<input type="checkbox"/> 画像記録	
	<input type="checkbox"/> コ・メディカル記録 (リハビリ・栄養指導など)	
	<input type="checkbox"/> その他※2	

※1: 該当の項目に☑をつけてください。 ※2: 内容を具体的に記入してください。

☆ 申請者が患者さんご本人以外の場合は、患者さんご本人による委任状(別紙)の提出が必要です。また、当院より患者さんご本人に確認をさせて頂く場合があります。

☆ 受付にて申請者本人であることを証明するための書類(運転免許証、旅券、保険証、戸籍謄本等)を提示してください。その書類に関しては本申請書とともに当院にて複写・保管いたします。