

## 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  
白十字リハビリテーション病院 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 齢 歳 |
| 電 話 番 号  | - -                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |       |
| 本人との続柄※1 | <input type="checkbox"/> 患者本人<br><input type="checkbox"/> 法定代理人<br><input type="checkbox"/> 患者本人から委任された3親等以内の親族<br><input type="checkbox"/> 患者本人に判断能力に疑義がある場合は、現実には患者の世話をしている親族及びこれに準ずる縁故者<br><input type="checkbox"/> 法定相続人(本人死亡の場合)<br><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<br>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<br>(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。