

診療情報提供申請書

イムス東京葛飾総合病院

病院長 殿

下記のとおり、診療情報の提供を申請いたします。

年 月 日

申請者 氏名 _____

患者様との関係 _____

住所 〒 _____

電話番号 _____

(フリガナ) 患者氏名		生年月日 明治・大正・昭和・平成・西暦 年 月 日生			
患者住所		電話番号			
診療情報の提供を 申請する内容	期 間	年 月 日～ 年 月 日			
	診療科名	科	入外別	入院 ・ 外来	
	診療諸記録 の範囲	全部・医師記録・看護記録・処方記録・検査記録・手術記録 画像検査(CD-ROM)・その他 () *該当するものに○を付して下さい。			
診療情報の提供を申請する理由 (本人任意)(第三者必須)					
法定代理人等申請理由					
診療情報の提供を 受ける方法	1. 口頭説明 2. 閲覧 3. 謄写 4. その他 () *該当するものに○を付して下さい。				
診療情報の提供を 受ける際の同席者	氏名	続柄			
	氏名	続柄			
	氏名	続柄			

*注(1) 申請の際、申請者本人であることを確認するために必要な書類(運転免許証・健康保険証・住民票等)のご提出又はご提示して下さい

*注(2) 患者様本人の委任状をお持ちで3親等以内の親族、又は法定代理人(親権者又後見人等)プライマリー・ケアギバーが申請する場合は(1)の書類の他、その資格を確認するために必要な書類(戸籍謄本等)をご提出又はご提示下さい

病院長	看護部長	事務長	診療部長医	担当医	個人情報管理責任者