

## カルテ等診療情報提供申出書

戸畑けんわ病院長 殿 平成 年 月 日  
 (申出者) 住 所 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

下記のとおり申し出ます。

<b>1 申出に係わる診療情報の内容</b>		
<b>2 提供の区分 (○で囲む)</b>	(1) 閲覧 (2) 口頭による説明 (3) 写しの交付	
<b>3 患者本人以外による申出の場合 (申出者が記載のこと)</b>	患者本人の状況 (○で囲む)	(1) 成年被後見人 (2) 未成年者 (満 15 歳以上) (3) 未成年者 (15 歳未満) (4) 死亡 (5) その他 ( )
	患者本人の氏名	
	患者本人の住所および電話番号	( )
※ 事務局 処理欄	申出本人確認欄	(1) 運転免許証 (2) 旅券 (3) 健康保険証 (4) その他 ( )
	申出者資格確認欄	(1) 戸籍謄本 (2) その他
※ 備 考		

- ①「申出に係わる診療情報の内容」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に具体的に記入してください。
- ②申出者は、申出者であることを証明する書類を提出し、又は提示してください。
- ③患者本人以外の者による申出の場合、資格を有することを証明する書類を提出し、又は提示してください。
- ④患者本人 (15 歳未満、成年被後見人及び死亡している場合を除く) 以外の申出の場合は、本人の委任状 (別途指定の様式) を提出してください。
- ⑤「本人の住所および電話番号」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、連絡先もあわせて記入してください。
- ⑥※印欄は記載しないでください。