

診療情報提供申出書

戸個-3

年 月 日

公益財団法人 健和会
戸畑けんわ病院長 殿

申出者氏名	
患者との関係	
申出者住所	〒
電話番号(連絡先)	

下記の通り申し出ます

(太枠線内をご記入下さい)

1 申出に係る目的		
2 申出に係る診療情報の内容		
3 提供の区分	① 閲覧 ② 医師による説明 ③ 写しの交付 ④ 要約の交付	
4 患者本人以外による申出の場合(申出者が記載のこと)	患者本人の状況	① 青年被後見人 ② 未成年者(満15歳未満) ③ 未成年者(満15歳以上) ④ 死亡 ⑤ その他 ()
	患者本人の氏名	
	生年月日	
	性別	
	患者本人の住所	
	患者本人の電話番号	

※事務局処理欄	申出者本人確認欄	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 ()	
	患者番号		
※備考			受理
			開示決定

- ①開示の決定は、原則として申出書の受理日より2週間以内とさせていただきます。
 ②「申出に係る目的および診療情報の内容」欄は、具体的に記入して下さい。
 ③患者本人以外の方による申出の場合、資格を有することを証明する書類の提出をお願い致します。
 ④患者本人(15歳未満、青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開示に必要な費用(写しのコピー用紙、CD-ROM代金)は実費で請求させていただきます。
 ⑥※印欄は記入しないで下さい。

戸畑けんわ病院
福岡県北九州市戸畑区新池1丁目5番5号
問い合わせ先:TEL 093-881-8181 診療事務課
受付時間:平日 9:00~16:00