

診療情報提供申出書

令和 〇〇 年 〇〇月〇〇日

石川県立こころの病院長 様

氏 名 〇 〇 〇 〇
 申出者 住 所 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
 電話番号 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇

下記のとおり申し出ます。

1 申出に係る診療情報の内容	〇〇年〇〇月受診時の診療記録	
2 提供の区分(○で囲む)	1 閲覧 2 口頭による説明 (3) 写しの交付	
3 患者本人以外の提供の申出の場合の患者本人の氏名等	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(満15歳未満) (4) その他()
	患者本人の氏名	
	患者本人の住所及び電話番号	
※事務局処理欄	申出者確認欄	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 同意書 3 その他()
※備考		

- 注 1 「申出に係る診療情報の内容」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具体的に記入してください。
- 2 法定代理人による申出の場合は、申出者であることを証明する書類に加え、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。また、患者本人(成年被後見人を除く)以外の申出の場合は、本人の同意書(様式2)を提出してください。
- 3 「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、連絡先も併せて記入してください。
- 4 「閲覧」及び「口頭による説明」の結果、さらに、「要約書の交付」を希望されることも可能です。
- 5 ※印欄は、記入しないでください。

- 1 「閲覧」「写しの交付」時期は、後日連絡します。
- 2 診療記録等の中で、職員以外の個人名(例えば、他病院の医師名)は、黒塗りします。
- 3 「写し」の交付時には、申出者様の来院をお願いします。申出者様本人を確認できる運転免許書等をご持参ください。(コピーをとらせていただきます)