

# 診療情報提供の申出書

宗像医師会病院長 殿

太枠の中をご記入下さい。

患者	フリガナ						患者ID番号		
	患者氏名								
	生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日	生			
提供を希望する記録		診察日、部位等				提供方法			
	1. 診療記録 ※該当する箇所を○を記入して下さい ※複写は有料です					口頭・閲覧・複写			
	2. 画像記録					閲覧・複写・貸出			
実施希望日	第一希望	20	年	月	日	曜日	時	分	
	第二希望	20	年	月	日	曜日	時	分	
	第三希望	20	年	月	日	曜日	時	分	
患者の状況	※患者本人の場合は記入不要								
	1. 未成年	2. その他 ( )							

## 申出者

申出者氏名								
患者との関係	1. 本人 2. 親族 ( ) 3. その他 ( )							
申出者住所	〒 - 電話番号 ( )							
申出理由								
私は、上記のとおり、診療情報の提供を希望します。 20 年 月 日								

## 本人同意書 (患者本人の場合は記入不要)

私は、上記のとおり、申出者 \_\_\_\_\_ に対して、私の診療情報が提供されることに同意します。

患者本人 (自筆)

印

## 当院使用欄

コピー済み□

資格確認	申出者本人	□運転免許証 □印鑑証明書 □健康保険証 □パスポート □その他 ( )					
	患者との関係	□戸籍謄本 □その他 ( ) ※患者本人の場合は記入不要					
委員会 (決定日)	年 月 日					決済済み	委員長承認印
提供方法	閲覧・口頭・複写・貸出・非提供 無料・有料 ( ) 円						
提供実施日	20	年	月	日	曜日	時	分
担当医師署名				診療科部長署名			