

診療情報提供の申出書

池袋病院院長 殿

\*太枠の中を御記入下さい

患者	(フリガナ)	
	患者氏名	
	患者 ID	
	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生
提供を希望する記録 (○で囲んでください)	診療情報 (退院時要約・医師記録・看護記録・検査記録・画像記録・リハビリ記録) 入院時・外来時 科 年 月 日 ~ 年 月 日	
提供方法 (○で囲んでください)	1.閲覧 2.退院時要約書の交付 3.複写 4.その他 (書面での交付 )	
患者の状況 (○で囲んでください) 患者本人の場合は記入不要	1.未成年 2.死亡 3.その他 ( )	
申出者		
(氏名) _____ 印		
(申出者の患者との関係) 1.本人 2.親族 (続柄 _____) 3.その他 ( _____ )		
〒 _____		
(住所) _____		
(電話番号) _____ (連絡して差し支えない時間帯があればお教え下さい)		
( _____ )		
私は、上記のとおり診療情報の提供を希望します。 令和 年 月 日		

<b>(本人同意書)</b>	<small>*患者本人又は本人がお亡くなりになっている場合は記入不要</small>
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)**

(資格確認) コピー済み

申出者: 運転免許証 パスポート (左記のどちらか) 健康保険証 年金手帳 その他 ( \_\_\_\_\_ )

患者: 運転免許証 パスポート (左記のどちらか) 健康保険証 年金手帳 その他 ( \_\_\_\_\_ )

(患者本人の場合は記入不要)

患者との関係: 戸籍謄本 その他 ( \_\_\_\_\_ )

実施希望日 : 第一希望 年 月 日 午前・午後 時~ 時  
 第二希望 年 月 日 午前・午後 時~ 時  
 第三希望 年 月 日 午前・午後 時~ 時

委員会: (決定日) 年 月 日 , 決裁済み

提供方法: 閲覧・口頭・要約書・非提供・その他 ( \_\_\_\_\_ )

提供実施日: 年 月 日 午前・午後 時~ 時

担当医師: \_\_\_\_\_ (診療科) \_\_\_\_\_ (連絡先) \_\_\_\_\_

同席者: \_\_\_\_\_

備考: \_\_\_\_\_

受取人氏名 \_\_\_\_\_