

年 月 日

診療情報提供申込書

社会医療法人 北海道恵愛会 札幌南三条病院 病院長 小場 弘之 様

1. 患者情報	患者番号	
	フリガナ	
	患者氏名	
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
	郵便番号	
	住所	
	電話番号	
1. 申込者 ※患者本人以外が 申し込む場合、記入する	フリガナ	
	申込者氏名	
	患者との続柄	
	申込者郵便番号	
	申込者住所	
	申込者電話番号	
3. 提供を希望する記録	記録の種類	1. 医師記録 2. 看護記録等 3. 画像記録 4. 検査記録
4. 希望期間	開示を希望する期間	1. 全経過 2. 年 月 日～ 年 月 日
5. 提供方法	開示形式	1. 謄写 2. 閲覧 3. 口頭による説明
	画像記録の開示形式	1. CD-R 2. フィルム
6. 支払方法と受渡し	支払い方法	1. 来院 2. 振込
	受け渡しについて	1. 来院 2. 郵送

※当院使用欄

患者との関係		続柄	確認書類
患者との関係	<input type="checkbox"/> 本人		<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート
	<input type="checkbox"/> 法定代理人 (続柄:)		<input type="checkbox"/> 法定代理人の身分証明書 <input type="checkbox"/> 委任状(患者が15歳以上の時)
	<input type="checkbox"/> 法定相続人 (続柄:)		<input type="checkbox"/> 患者本人との相続関係の確認できる戸籍謄本又は除籍謄本 <input type="checkbox"/> 法定相続人の身分証明書(本人の場合と同様)
	<input type="checkbox"/> 弁護士		<input type="checkbox"/> 委任状(患者が15歳以上の時)
確認事項	<input type="checkbox"/> 手続き期間 <input type="checkbox"/> 他施設の診療情報提供書について		
口頭による説明 の実施希望日	第1希望 年 月 日 午前・午後 時 分～ 時 分 第2希望 年 月 日 午前・午後 時 分～ 時 分		
備考			

※注 1) 法定代理人による申し込みの場合は、本人確認のための書類に加え、資格を有することを証明する書類を提出してください。
また、患者本人(15歳未満の未成年を除く)以外の請求の場合は、本人の委任状(様式2)を提出してください。

※注 2) 法定相続人による申し込みの場合は、本人確認のための書類に加え、法定相続人であることを証明するのに必要な戸籍謄本又は除籍謄本を提出してください。

※注 3) 「閲覧」及び「口頭による説明」の結果で、さらに「診療情報要約書」(様式7)を希望されることも可能です。

※注 4) ※欄は記入しないでください。