

(様式1)

## 診療情報提供申出書

年 月 日

三重県病院事業庁長 宛て

(ふりがな)

氏名 \_\_\_\_\_

住所又は居所

〒 \_\_\_\_\_ Tel ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

以下のとおり、申し出ます。

|                                |  |   |
|--------------------------------|--|---|
| 1 申出に係る診療情報の内容                 | <input type="checkbox"/> 診療録（カルテ） <input type="checkbox"/> 検査記録<br><input type="checkbox"/> 看護記録 <input type="checkbox"/> エックス線写真及び電磁的記録（CD-ROM）<br><input type="checkbox"/> 手術記録 <input type="checkbox"/> 要約書（サマリー）<br><input type="checkbox"/> 処方箋 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） |   |
|                                | <input type="checkbox"/> 情報提供を申し出る診療科、診療機関、外来・入院の別<br>診療科（ _____ ）（ _____ 年 月 日～ _____ 年 月 日）（外来・入院）<br>診療科（ _____ ）（ _____ 年 月 日～ _____ 年 月 日）（外来・入院）   |   |
| 2 提供の区分                        | <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 口頭による説明 <input type="checkbox"/> 診療記録の写し等の交付 <input type="checkbox"/> 要約書の交付  |   |
| 3 申出の理由(省略可)                   |  |   |
| 4 患者本人の氏名等<br>※申出者が患者本人の場合は省略可 | ※住所又は居所  |   |
|                                | ※氏 名   |   |
|                                | ※電話番号  |   |
|                                | 生年月日   | _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ 歳）                             |
|                                | ID番号   | _____（判らないときは省略可）   |
|                                | 患者本人との続柄（関係）   |   |
|                                | 患者本人の同意  | 私は、この診療情報提供について同意します。<br>_____ 年 _____ 月 _____ 日<br>_____（自署） |
| 5 提供を希望する日時                    |  |   |

※以下、事務処理欄

|           |  |
|-----------|--|
| 申出者本人確認方法 | <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証<br><input type="checkbox"/> 個人番号カード又は住民基本台帳カード（住所記載のあるもの）<br><input type="checkbox"/> 在留カード、特別永住者証明書又は特別永住者証明書とみなされる外国人登録証明書<br><input type="checkbox"/> その他（ _____ ）<br>※請求書を送付して請求をする場合には、加えて住民票の写し等を添付してください。 |
| 申出者資格確認方法 | <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）   |
| 備 考       |  |