

診療情報提供申出書

令和 年 月 日

長岡赤十字病院 院長 様

下記のとおり診療情報の提供の申し出をします。

患者さん氏名	診察券の番号 ()					
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日		
診療科名 ()	科 ()	科 ()	科 ()			
診療録の種類	<input type="checkbox"/> 入院カルテ <input type="checkbox"/> 外来カルテ	<input type="checkbox"/> 看護記録 <input type="checkbox"/> 検査結果記録				
	<input type="checkbox"/> 画像診断写真(X線写真等)	<input type="checkbox"/> その他()				

情報提供の区分	<input type="checkbox"/> 閲覧のみ <input type="checkbox"/> 医師による説明を伴う閲覧 <input type="checkbox"/> 診療録のコピー					
情報提供を受けたい期間						
<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月	日	～	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月	日
閲覧したい具体的な内容 :						

閲覧希望日 :						
第一希望 月 日 :	第二希望 月 日 :	第三希望 月 日				
受け取り方法 : <input type="checkbox"/> 手渡し [<input type="checkbox"/> 申出者本人 <input type="checkbox"/> 申出者以外 (続柄 :)]						
<input type="checkbox"/> 郵送						

申出者以外が受け取るときは、申出時又は受取時に本人確認が必要

申出者 氏名
生年月日 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
住 所
連絡先 自宅・携帯電話・職場 電話番号 — —
患者さんから見た続柄 () 申出者の本人確認 (運転免許証・マイナンバーカード・)