

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	診療券の番号 (—)
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場合は、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・)	