

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	☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月 日
診療科名	()科	()科	()科
診療録の種類	☐ 入院カルテ ☐ 外来カルテ ☐ 看護記録 ☐ 検査結果記録		
	☐ 画像診断写真(X線写真等)	☐ その他(	)
.....			
.....			
.....			
情報提供の区分	☐ 閲覧のみ	☐ 医師による説明を伴う閲覧	☐ 診療録のコピー
情報提供を受けたい期間			
☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月 日	~ ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 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 : ☐ 手渡し [☐ 申出者本人 ☐ 申出者以外(続柄:)]			
☐ 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	☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日
住 所	
連 絡 先	自宅・携帯電話・職場 電話番号 — —
患者さんとの続柄 (	) 申出者の本人確認 (運転免許・健康保険・