

診 療 記 録 提 供 申 出 書

平成 年 月 日

医療法人社団青空会大町病院長

〒
住 所
(ふりがな)
氏 名 印
電話番号 ()

以下の通り、私自身の診療に関する記録（カルテ等）の提供を申し出ます。

提供を受けたい理由						
提供を受けたい内容	(該当するものを○で囲んでください。)					
	1.カルテ 2.看護記録 3.検査記録 4.X線写真 5.その他 ()					
	診療科「 科」					
	診療期間（又は必要な期間）平成 年 月 日～平成 年 月 日					
法定代理人 が提供を申 出する場合	本人の状況	未成年者	15歳未満			成年後見人
			15歳以上	同意の有無	有 ・ 無	
	(ふりがな) 本人氏名					申出者との関係
	本人の住所 ・電話番号	☎ ()				
希望する 提供の方法	(1) 閲 覧 (2) 要約書交付 (3) その他 ()					

〔注1〕 申出の際には、申出者本人であることを確認するために必要な書類（運転免許証、旅券、健康保険の被保険者証、年金手帳など）を提示し、又はその写しを提出してください。

〔注2〕 法定代理人が申出する場合には、〔注1〕の書類のほか、その資格を確認するために必要な書類（戸籍謄本など）を提示し、又はその写しを提出してください。なお、患者本人が15歳以上の未成年者の場合、本人氏名欄には本人が自筆で記入してください。

※ 次の欄は、記入する必要はありません。

本人等の確認方法等	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> その他 ()		
確認した記号番号等		担 当	
備 考 (提供規模日時等)			