

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 ()

患者本人が自己の診療に関する記録（カルテ等）の提供を申し出ることができないので、患者本人の意思に基づき、以下の通り患者本人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		
	(ふりがな) 本人氏名	印	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）及び患者本人と申請者との関係が確認できる書類（戸籍謄本など）を提示し、又はその写し並びに患者本人の同意書を提出してください。

※ 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 (提供希望日時等)			