

様式第2号

診療記録の提供に関する意見照会・回答票

(提出期限：平成 年 月 日)

平成 年 月 日

医療法人社団青空会大町病院長 様

診療科

担当医

提供に関して、次の通り報告します。

提供（部分提供）の適否	(1) 全部提供	(2) 部分提供	(3) 非提供
部分提供又は非提供とする理由			
内容説明の可能日時 ※申請者の提供希望日時 を参考に記入する。	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 () 時 分～		
	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 () 時 分～		
	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 () 時 分～		
提供説明者（担当医）			
その他・特記事項			

〔注1〕 提出期限は厳守してください。

〔注2〕 部分提供の場合は、カルテに付箋を貼るなどして、非提供部分ができるようにしてください。

〔注3〕 部分提供又は非提供の場合は、その理由を具体的に記入してください。

〔注4〕 他の医療機関等が作成した診療情報提供書や訪問看護情報提供書などがある場合は、必ず当該医療機関等の意見を聴取し、その他・特記事項欄に記載してください。第三者から聴き取りした情報も同様とします。