

様式第4号（全部提供・部分提供）

平成 年 月 日

様

医療法人社団青空会 町病院
院長 猪又 義光

診療記録の提供について（お知らせ）

平成 年 月 日付であなたから提供申出のありました診療記録につきまして、下記のとおり提供することをお知らせいたします。

記

提供申出に係る 診療記録の内容	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」	
	平成 年 月 日～平成 年 月 日	
提供の日時 及び場所	日時	平成 年 月 日（ ） 時 分～
	場所	医療法人社団青空会 大町病院
担当課	大町病院事務部医事課 担当者： 電話番号：0244-24-2333	
備考		

〔注1〕 当日は、この通知書及び本人確認のために必要な書類（運転免許証、旅券、健康保険の被保険者証、年金手帳など）を医事課窓口に提示し、又はその写しを提出してください。

〔注2〕 都合により上記の日時に来院できない場合は、あらかじめその旨を担当者までご連絡ください。