（様式1）

診療情報提供申出書

令和　　年　　月　　日

韮崎市立病院長 殿

（申出者）
〒 ＿＿＿＿＿＿

住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

以下のとおり申し出ます。

<table>
<tr><td rowspan="2">1　申出に係る
診療情報の内容</td><td colspan="2">□診療録（カルテ）　□検査記録
□看護記録　□エックス線写真及び電磁的記録（CD-ROM）
□手術記録　□要約書（サマリー）
□処方せん　□その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">□情報提供を申し出る診療科、診療機関、外来・入院の別
診療科（　　）（　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）（外来・入院）
診療科（　　）（　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）（外来・入院）</td></tr>
<tr><td>2　提供の区分</td><td colspan="2">□　閲覧　□　口頭による説明
□　診療記録の写し等の交付　□　要約書の交付</td></tr>
<tr><td rowspan="6">3　患者本人の氏名等

※申出者が患者本人の
場合は省略可</td><td>※氏　　名</td><td></td></tr>
<tr><td>※住　　所</td><td></td></tr>
<tr><td>※電　話　番　号</td><td></td></tr>
<tr><td>生　年　月　日</td><td>年　　月　　日（　　歳）</td></tr>
<tr><td>患者本人との続柄
（関係）</td><td>1．患者本人
2．患者本人以外（患者本人の同意が必要）
ア）法定代理人
イ）患者本人の同意を得た三親等内の親族
ウ）実質的に患者の世話を行っている親族
又はそれに準ずる者
3．法定相続人（患者本人死亡）

※申出者が本人以外の場合、本人との関係を示す書類が必要です。
（申出者の資格確認をさせていただきます）</td></tr>
<tr><td>患者本人の同意</td><td>私は、この診療情報提供について同意します。
令和　　年　　月　　日
氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞</td></tr>
<tr><td>4．提供を希望する日時
（郵送でない場合）</td><td colspan="2">令和　　年　　月　　日　　時頃</td></tr>
<tr><td rowspan="2">＊
事務局
処理欄</td><td>申請者本人確認欄</td><td>(1)　運転免許証　(2)　旅券　(3)　健康保険被保険者証
(4)　年金手帳　(5)　その他（　　）</td></tr>
<tr><td>申請者資格確認欄</td><td>(1)　戸籍謄本　(2)　その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">＊
備　　考</td><td></td></tr>
</table>