

診療情報提供請求書

年 月 日

(あて先) 茅ヶ崎市病院事業管理者

請求者 (患者本人 患者本人以外 他の医療機関)

住 所

(ふりがな)

氏 名

電 話 (.....)

次のとおり診療情報の提供を請求します。

診療情報提供の対象患者 ※ 請求者が患者本人の場合は、 記入不要です。	住 所	電話 (.....)
	(ふりがな)	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日 (歳)
請求にかかる診療情報の内容	診療科名	診療券番号
	<input type="checkbox"/> 入院診療録	年 月 日から 年 月 日まで
	<input type="checkbox"/> 外来診療録	年 月 日から 年 月 日まで
	<input type="checkbox"/> 検査結果報告書	年 月 日から 年 月 日まで
	<input type="checkbox"/> エックス線写真	年 月 日から 年 月 日まで
	<input type="checkbox"/> 看護記録	年 月 日から 年 月 日まで
<input type="checkbox"/> その他 (.....)		
診療情報の提供方法	<input type="checkbox"/> 口頭説明 <input type="checkbox"/> 閱 覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> その他 (.....)	
	医師の説明	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
	同 席 者	<input type="checkbox"/> 希望する (別途申請書必要) <input type="checkbox"/> 希望しない
請求者が患者本人以外の場合 は代理請求の理由	患者の状況	<input type="checkbox"/> 成年被後見人 <input type="checkbox"/> 未成年者 (15歳以上) <input type="checkbox"/> 未成年者 (15歳未満) <input type="checkbox"/> 判断能力、容態の低下 <input type="checkbox"/> 死 亡 <input type="checkbox"/> その他 (.....)
備考		
医事課 記入欄	請求者の本人確認	運転免許証 健康保険証 年金手帳 住民票写し その他 (.....)
	請求者の資格確認	戸籍全部事項証明書 (戸籍謄本)・戸籍個人事項証明書 (戸籍抄本) 住民票写し 同意書 その他 (.....)

注1 太枠内に必要事項を記入して下さい。

2 のある欄には、該当する内にチェックして下さい。

3 請求の際には、患者本人であることを証明する運転免許証、健康保険証、年金手帳、住民票等を提出又は提示して下さい。請求者が患者本人以外の場合は、その他に戸籍全部事項証明書 (戸籍謄本)・戸籍個人事項証明書 (戸籍抄本)、同意書、住民票の写し等、請求資格を証明する書類も併せて提出又は提示して下さい。