

診療録等の情報提供申請書

令和 年 月 日

愛知県厚生農業協同組合連合会
海南病院 院長 殿

申請者

フリガナ
氏名

印

生年月日 M・T・S・H・R 年 月 日

住 所

電話番号 — —

患者から見た申請者の続柄

私は、下記のとおり、診療記録等の情報提供を希望します。

患者 ID

患者氏名

住 所

生年月日 M・T・S・H・R 年 月 日

提供を希望する診療科名			
情報の提供を受けたい 期間及び内容 (希望する事項に ○を付けて下さい)	入院 ・ 外来 ・ 両方		
	年 月 日 ~ 年 月 日		
		閲 覧	謄 写
	■診療録		
	■検査記録・検査成績表		
	■X線・CT・MRI(CD-R)		
	■その他		
提 供 希 望 日	令和 年 月 日	*申請書受理から2週間後に提供	
面 談 希 望 の 有 無	有 ・ 無		
面 談 希 望 日 時	令和 年 月 日 (複数)	*申請書受理から2週間以降	
備 考			

*申請の際、申請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、健康保険証、年金手帳等身分を証明できるもの)を提示してください。

*申請者が本人以外の場合は、患者本人の意思が確認できる委任状(患者本人が満15歳以上)と患者本人との関係を証明する書類(戸籍抄本等)を提示してください。

*「海南病院診療録開示マニュアル」に従い、第三親等までの親族は、患者本人との関係を証明できれば開示可能です。万が一、親族間でのトラブルが発生した場合、一切責任を負いかねますのでご了承ください。

*申請者に開示可否連絡をした日から3ヶ月経っても申請者より連絡等ない場合は無効となります。

*資料交付後、30日以内の追加申請については開示基本料をいただきません。

愛知県厚生農業協同組合連合会
海南病院 院長 殿

委任状

私は、

(代理人氏名)

(患者さま本人との関係)

(代理人住所)

(診療情報提供の対象期間)

年

月

日 ~

年

月

日

を代理人として、次の事項を委任します。

記

私に関する診療記録等の閲覧・複写などを申請し、写しなどの交付を受ける件

令和 年 月 日

委任者

住所

氏名

印

生年月日 M・T・S・H・R

年

月

日

誓約書

私は、様の

診療情報提供にあたり、守秘義務の原則に従い、本人の承諾のない限り知り得た情報について、他人に漏らさないことを誓います。

令和 年 月 日

代理人

住所

氏名

印