

[様式1]

# 診療情報提供申請書

竹田医師会病院  
病院長殿

診療情報の提供を受けたい患者	ふりがな	
	氏名	
	住所	
	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
診療情報の提供方法 (該当する箇所に○印を記入して下さい)	1. 口頭による説明	
	2. 説明文書の交付(要約書)	
	3. 診療記録の開示(閲覧)	
	4. 診療記録の開示(写しを交付)	
開示を希望する診療記録 (該当する箇所に○印を記入して下さい)	診察日(期間)	
	1. 診療録	
	2. 処方箋	
	3. 手術記録	
	4. 看護記録	
	5. 検査所見記録(各種検査データ含む)	
	6. 紹介状	
7. その他( )		
複写受取希望方法 (○で囲んで下さい)	来院受取 ・ 郵送(送料を開示費用に加算)	

私は、上記のとおり診療情報の提供を希望します。

令和 年 月 日

申請者(自署)

氏名 ①

患者との関係

住所

電話番号 ( ) -

(当院使用欄)

資格確認 (申請ができる方)	1 ・ 2 ・ 3	確認資料	
	4 ・ 5 ・ 6		

受付	提供(開示)請求	各担当確認	回答	実施	費用請求	費用領収	確認
/	/	/	/	/	/	/	/
			(可・否)				

(各担当)

院長	担当医	看護部長	事務部長	窓口担当者