

(患者本人が0~14歳の場合)

< 記載例 >

別記様式第1号(第4関係)

診療情報提供申請書

広島大学病院長 殿

●●●●年●●月●●日
↑ 申請書の記載日

注) 法定代理人の
情報を記載

(申請者)

〒 734 - 8551

住 所 広島県広島市南区霞1丁目2番3号

(フリガナ) ヒロダイ タロウ 患者との (1)本人 (3)相続人等

氏 名 広 大 太 郎 関 係 (2)法定代理人 (4)その他

生年月日 ●●●●年 5月 11日 (48歳)

電話番号 (082) 257 - ●●●●

下記のとおり、診療情報の提供を受けたいので申請します。

必要なものを選択

記	
※ 情報の提供を 受けたい内容	診療科名 (●●●●科) <input checked="" type="radio"/> 1 外来分 <input checked="" type="radio"/> 2 入院分
	1. カルテ ●●●●年 4月 5日 ~ ●●●●年 5月 31日 (修正履歴 必要 <input type="radio"/> 不必要 <input checked="" type="radio"/>)
	2. 看護記録 年 月 日 ~ 年 月 日
	3. 処方箋 どちらかを選択 月 日 ~ 年 月 日
	4. 検査記録 年 月 日 ~ 年 月 日
	5. X線写真 年 月 日 ~ 年 月 日
	6. 年 月 日 ~ 年 月 日
使用目的	○○○○○の為の資料として使用
法定代理人、 相続人等 及びその他 の人が申請 する場合 (患者本人が申請者である 場合は記入不要です。)	(フリガナ) 患者の氏名 ヒロダイ ハコ 広 大 花 子
	患者の年齢 ●●●●年 5月 14日生 (8歳)
	患者の住所 〒734-8551 電話番号 (082) 257-●●●● 連 絡 先 広島県広島市南区霞1丁目2番3号
	代理人が申 請する理由 年齢が8歳のため(本人が未成年のため)
※ 提供を受ける方法	<input checked="" type="radio"/> 1 複写 2. 閲覧及び複写 3. 閲覧
備 考	例) 旧姓 : ▲▲ 旧住所 : ■■■■■■

- (注) (1) 申請者の氏名欄は、必ず申請者自身が自署及び押捺してください。
- (2) ※欄は、該当(希望)する番号を○で囲んでください。(診療科名は記入してください。)
- (3) 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(運転免許証等の身分を証明できるもの)を提出又は提示してください。
- (4) 法定代理人又は相続人等が申請する場合は、上記(3)の書類の他、その資格を確認するために必要な書類(裁判所の審判書等の謄本又は患者さんとの関係が判る戸籍謄本、相続人等であることを証明する書類等)を提出又は提示してください。
- (5) 上記(3)、(4)で提示された書類については写しを取らせていただきます。
- (6) その他の人(実質的に患者さんの介護等を行っている親族若しくはそれに準ずる人)が申請する場合は、上記(3)の書類の他、実質的に患者の介護等を行っていることが客観的に証明できるもの(民生委員等証明書)及び委任状を提出してください。
なお、委任状は委任者の実印を押印し、印鑑証明を添付してください。
- (7) 提供された個人情報、診療情報提供の申請にのみ利用致します。

提供された診療に関する情報は、慎重に管理してください。