

# 診療記録等の提供申込書

年 月 日

済生会広島病院長 殿

申請者氏名	続柄 ( )
生年月日	年 月 日生
住所 (本人の場合不要)	
電話番号	

次のとおり診療情報の提供を申し込みます。

診療記録等の開示を希望する患者	フリガナ			
	患者氏名			
	患者住所			
	生年月日	年	月	日生
開示を希望する診療記録(該当するものを○で囲んでください)	診療記録	謄写	閲覧	診察日・部位等
	1 診療録 (カルテ)			
	2 看護記録			
	3 検査記録及び検査成績表			
	4 画像記録			
備考				
※事務局処理欄	申請者確認欄			
	1. 運転免許証      2. 旅券      3. 戸籍謄本 4. マイナ保険証 (健康保険証)    5. その他 ( )			

委任状 (申請者が本人の場合不要)

私は上記の通り代理人氏名 \_\_\_\_\_ に対して、私の診療記録等が開示されることに同意します。

患者氏名 (自署)	印
生年月日	年 月 日生
住 所	
電話番号	

見本

## 診療記録等の提供申込書

令和〇年 〇月 〇日

済生会広島病院長 殿

申請者氏名 **済生会 太郎** 続柄 (本人)

生年月日 **昭和20年 5月 5日生**

住所 (本人の場合不要)

電話番号 **082-884-2566**

繋がりのやすい番号のご記載をお願いいたします。(携帯電話等)

次のとおり診療情報の提供を申し込みます。

診療記録等の開示を希望する患者	フリガナ	<b>サイセイカイ タロウ</b>		
	患者氏名	<b>済生会 太郎</b>		
	患者住所	<b>広島県安芸郡坂町北新地2丁目3番10号</b>		
	生年月日	<b>昭和20年 5月 5日生</b>		
開示を希望する診療記録(該当するものを○で囲んでください)	診療記録	謄写	閲覧	診察日・部位等
	1 診療録(カルテ)	○		<b>令和3年6月3日以降 左大腿骨</b>
	2 看護記録	○		<b>同上</b>
	3 検査記録及び検査成績表	○		<b>血液検査記録</b>
4 画像記録	○		<b>MRI</b>	
備考	<b>※ご準備が整いましたら、当院よりご連絡いたします。 電話可能時間帯等、ご記載をお願いいたします。</b>			
※事務局処理欄	申請者確認欄			
	1. 運転免許証 2. 旅券 3. 戸籍謄本 4. マイナ保険証(健康保険証) 5. その他( )			

委任状(申請者が本人の場合不要)

私は上記の通り代理人氏名 \_\_\_\_\_ に対して、私の診療記録等が開示されることに同意します。

患者氏名(自署) \_\_\_\_\_ (印)

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日生

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_