様式第１号

診療情報提供申請書

年　　月　　日

宮崎大学医学部附属病院長　殿

受領印

診療情報の提供を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

1	〒　　－	☎　　（　　）	
	患者住所		
	（ふりがな） 患者氏名　　㊞	生年月日 T・S・H・R　　年　　月　　日	
2	〒　　－	☎　　（　　）	
	申請者住所		
	申請者氏名　　㊞	患者との続柄	□親族　□法定代理人 □その他（　　）
	患者以外が申請する理由	□　患者が未成年者のため　□　患者が成年被後見人のため □　その他（　　）	
3	情報の提供を受けたい内容及び期間	□ 診療録（カルテ）　年　月　日 ～　年　月　日	
		□ 看護記録　年　月　日 ～　年　月　日	
		□ 処方箋　年　月　日 ～　年　月　日	
		□ 検査記録　年　月　日 ～　年　月　日	
		□ Ｘ線写真　年　月　日 ～　年　月　日	
		□（　　）　年　月　日 ～　年　月　日	
	診療科名		
	情報の提供を受ける方法・種類等	【方法】　□ 閲覧　□ 複写　□ 閲覧及び複写	
		【種類】　□ 紙媒体　□ 電子媒体(CD-R)	
		【受取方法】　□ 窓口受取　□ 郵送（送付依頼書を提出してください）	

（注）(1) 患者本人が申請される場合は、上記１及び３の欄に記入してください。

(2) 患者以外が申請される場合は、上記、１、２、３の欄に記入してください。

(3) 申請の際は、申請者本人の身分を証明できるもの（運転免許証、健康保険証、厚生年金手帳、住民票等）を提出又は提示してください。

(4) 患者以外が申請される場合は、(3)の書類のほか、その資格を確認するための書類を提出又は提示してください。

(5) 患者以外の申請者で特に親族が申請される場合は、(3)(4)の書類のほか患者本人より代理権が与えられていることを確認するための書類（委任状）を提出してください。

(6) 電子化されている診療録等の閲覧は，紙に印刷したものを閲覧します。

(7) 複写料，郵送料については、有料となります。

(8) 診療情報提供について，宮崎大学附属病院は「診療情報の提供等に関する指針」に則って行なっています。