

## 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

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。

受領印

記

1	〒 - ( )	☎ ( )
	患者住所	
	(ふりがな) 患者氏名 (印)	生年月日 T・S・H・R 年 月 日
2	〒 - ( )	☎ ( )
	申請者住所	
	申請者氏名 (印)	患者との続柄 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> その他 ( )
患者以外が申請する理由	<input type="checkbox"/> 患者が未成年者のため <input type="checkbox"/> 患者が成年被後見人のため <input type="checkbox"/> その他 ( )	
3	情報の提供を受けたい内容及び期間	<input type="checkbox"/> 診療録 (カルテ)    年 月 日 ~ 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 看護記録    年 月 日 ~ 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 処方箋    年 月 日 ~ 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 検査記録    年 月 日 ~ 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 画像記録    年 月 日 ~ 年 月 日
		<input type="checkbox"/> ( )    年 月 日 ~ 年 月 日
	診療科名	
情報の提供を受ける方法・種類等	<b>【方法】</b> <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 複写 <input type="checkbox"/> 閲覧及び複写 <b>【種類】</b> <input type="checkbox"/> 紙媒体 <input type="checkbox"/> 電子媒体 (CD-R) <b>【受取方法】</b> <input type="checkbox"/> 窓口受取 <input type="checkbox"/> 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) 宮崎大学医学部附属病院は「診療情報の提供等に関する指針」に則って診療情報提供を行いません。