

記 載 例

診療情報提供申請書

西暦年 月 日

宮崎大学医学部附属病院長 殿

↑日付を記載してください

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

申請者区分（該当するものに☑をお願いします）

☐ 患者本人
患者本人以外（☐ 親族 ☐ 遺族 ☐ 法定代理人 ☐ 委任代理人 ☐ その他（ ））
※患者本人が申請される場合は、以下①及び③の欄に記入してください。
患者以外が申請される場合は、以下①、②、③の欄に記入してください。

① 患者本人	患者ID: 分かる場合は記載をお願いします。		
	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇	☎ 〇〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇	
	患者住所 患者本人の住所記載をお願いします。		
	(ふりがな) みやざき たろう	生年月日	
	患者氏名 宮崎 太郎 ⑩	西暦 〇〇〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
② 患者本人以外	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇	☎ 〇〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇	
	申請者住所 申請者の住所記載をお願いします。※患者本人が申請の場合は記載不要です。		
	(ふりがな) みやざき はなこ		
	申請者氏名 宮崎 花子 ⑩		
	患者本人以外が申請する理由	☐ 患者が未成年のため ☐ 患者が成年後見人のため ☐ その他 ()	
③ 申請内容	情報の提供を受けたい内容及び期間	☐ 診療記録	☐ 全期間 ☐ 西暦 年 月 日 ~ 年 月 日
		☐ 画像記録	☐ 全期間 ☐ 西暦 年 月 日 ~ 年 月 日
	診療科名	☐ 全診療科 ☐ 一部診療科 ()	
	情報の提供を受ける方法等	【方法】 ☐ 複写 ☐ 閲覧	
		【種類】 ☐ 電子媒体 (CD-R) (1枚=1,100円) ☐ 紙媒体 (1枚=30円)	
		【受取方法】 ☐ 窓口受取 ☐ 郵送 (※送付依頼書を提出してください) 返信用封筒の同封がない場合は着払い料金が発生しますので、ご了承ください。	
備考			