

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

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:		
	〒 -	☎ ()	
	患者住所		
	(ふりがな)		生年月日
	患者氏名 ⑩	西暦 年 月 日	
② 患者本人以外	〒 -	☎ ()	
	申請者住所		
	(ふりがな)		
	申請者氏名 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） 郵送の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		