

診療記録診療情報提供申出書

令和 年 月 日

独立行政法人 地域医療機能推進機構仙台病院
院長 殿

〒
申出者 住 所
氏 名
電話番号
印

下記のとおり申し出ます。

1	申出に係る診療記録等の内容	診療録、手術記録、麻酔記録、各種検査記録、X線写真 助産録、看護記録 その他 ()	
2	提供の区分 (○で囲む)	(1) 閲 覧 (3) 写しの交付	(2) 口頭による説明 (4) 要約書の交付
3	患者本人以外の提供の申出の場合の患者本人の氏名等	患者本人の状況 (○で囲む)	(1) 成年被後見人 (2) 未成年者 (満 15 歳以上) (3) 未成年者 (満 15 歳未満) (4) その他 ()
		患者本人の氏名 患者本人の住所及び電話番号	
※ 事務局処理欄	申出本人確認欄	(1) 運転免許証 (4) その他 ()	(2) 旅券 (3) 健康保険証
	申出資格確認欄	(1) 戸籍抄本 (2) その他 ()	
※	備 考	〔患者本人以外の申出の場合は、患者本人の同意書確認〕	

- 注
- 「申出に係る診療記録等の内容」欄は、提供の申出をしようとする診療情報が特定できるよう具体的に記入してください。
 - 法定代理人による申出の場合は、申出者であることを証明する書類に加え、資格を有することを証明する書類を提出し、又は提示してください。また、患者本人（禁治産者を除く）以外の申出の場合は、本人の同意書（様式任意）を提出してください。
 - 「患者本人の住所及び電話番号」欄には、患者本人の連絡先が患者本人の住所及び電話番号とことなるときは、連絡先も併せて記入してください。
 - 「閲覧」及び「口頭による説明」に代えて、「要約書の交付」をすることができません。
 - ※印欄は、記入しないでください。