

診療情報の提供申請書

令和 年 月 日

宝塚市病院事業管理者 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

続柄

電話番号 () -

下記のとおり申請します。

申請の対象となる患者	患者番号	生年月日	年	月	日	
	患者氏名					
	患者住所					
希望されるか○印を記入してください。 また、対象期間を記入し、閲覧・複写・説明のいずれを1から7の希望する情報を○で囲んでください。	提供を希望する情報	情報の対象となる期間	閲覧	複写	説明	
	1 診療録（カルテ）	年 月～ 年 月				
	2 検査記録	年 月～ 年 月				
	3 検査結果報告書	年 月～ 年 月				
	4 X線写真、画像等	年 月～ 年 月				
	5 処方内容	年 月～ 年 月				
	6 看護記録	年 月～ 年 月				
	7 その他（ ）	年 月～ 年 月				
8 上記1～7に代わる要約書による情報提供						

注1 申請者ご本人を確認させて頂くため、本人確認書類の提示をお願いします。

次のうちいずれか一点

運転免許証・パスポート・個人番号カード・官公署が発行した顔写真付きの書類（ ）

次のうちいずれか二点

健康保険証・年金手帳・公的な機関が発行した本人確認書類（ ）

2 申請者が代理人の場合には委任状を添えて下さい。この場合、病院で患者ご本人の意思を確認させて頂くことがあります。