

診療情報提供申請書

イムス東京葛飾総合病院
病院長 殿

下記のとおり、診療情報の提供を申請いたします。

申請者

委託業者様の場合、依頼元ではなく委託業者様

ご担当様の情報 ↓

年 月 日

氏名

患者様との関係

住所 〒

電話番号

(フリガナ) 患者氏名	生年月日 明治・大正・昭和・平成・西暦 年 月 日生
患者住所	電話番号

申請日までのご提供になります→

期 間

年 月 日～ 年 月 日

診療科名

科 入外別 入院 ・ 外来

診療

カルテ・検査記録希望の場合→

全部・医師記録・看護記録・処方記録・検査記録・手術記録

申請する内容

診療諸記録
の範囲

画像検査(CD-ROM)・その他(回答書・Drとの面談等)
*該当するものに○を付して下さい。

診療情報の提供を申請する理由
(本人任意)(第三者必須)

理由をそのままお書きください

法定代理人等申請理由

診療情報の提供を
受ける方法

1. 口頭説明 2. 閲覧 3. 謄写 ←カルテや画像等
4. その他(回答書や面談の場合) お渡しの場合
*該当するものに○を付して下さい。

診療情報の提供を
受ける際の同席者

氏名 続柄

氏名 続柄

面談の際、同席ご希望の
場合に記載→

氏名 続柄

*注(1) 申請の際、申請者本人であることを確認するために必要な書類(運転免許証・健康保険証・住民票等)のご提出又はご提示して下さい

*注(2) 患者様本人の委任状をお持ちで3親等以内の親族、又は法定代理人(親権者又後見人等)プライマリー・ケアギバーが申請する場合は(1)の書類の他、その資格を確認するために必要な書類(戸籍謄本等)をご提出又はご提示下さい

病院長	看護部長	事務長	診療部長医	担当医	個人情報管理責任者