

# ご記入例

(様式 1)

## カルテ等診療情報提供申出書

令和 年 月 日

公立陶生病院長 殿

### ①お申込みをされる方

申出者	氏名	
	住所	〒 -
	連絡先	( )

### ②診療情報開示の対象者

情報の提供を申し出ます。(太枠の中をご記入下さい。)

1. 申出に係る 診療情報の内容	患者氏名	患者 ID
	生年月日 (明治・大正・昭和・平成・令和) 年 月 日生	
2. 提供の区分 (○で囲む)	住所	
	内容 (具体的に) 不明の場合は、申請時にご相談ください。	
①と②が異なる方の場合記入	(1) ① 閲覧 ② 口頭による説明 (口頭説明は時間に制約がありますので、ご了承ください。) ※同席者の有無 (有・無) 氏名及び関係: (2) 診療内容の要約書交付 (書類代 1部 3,300円) (2) 複写 (コピー代 1枚 10円)	
	本人との関係	
患者本人以外 が提供を申し出る 場合	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)死亡 (5)その他 ( )
*事務局処理欄		
申出者本人確認欄	(1)運転免許証 (2)健康保険証 (3)旅券 (4)その他 ( )	
申出者資格確認欄	(1)戸籍謄本 (2)その他 ( )	
備考		

- 注1 (1) 申出者が患者本人の場合は、証明書類の提出または提示が必要です。  
(2) 患者本人以外の場合は、上記のほか法定代理人である証明書類の提出が必要です。  
また上記2. (1) 同席者有り、3. (2) (5) の場合は、特別の事由がない限り、  
患者本人の同意書(様式2)が必要です。

注2 \*印欄は、記入しないでください。

令和 年 月 日

公立陶生病院長 殿

申 出 者	氏 名	_____ 印
	住 所	〒 _____
		_____
連絡先	( _____ )	

下記のとおり、診療情報の提供を申し出ます。(太枠の中をご記入下さい。)

1. 申出に係る 診療情報の内容	患者氏名	患者 ID
	生年月日 (明治・大正・昭和・平成・令和) 年 月 日生	
	住所	
	内容 (具体的に)	
2. 提供の区分 (○で囲む)	(1) ① 閲覧 ② 口頭による説明 (口頭説明は時間に制約がありますので、ご了承ください。) ※同席者の有無 (有・無) 氏名及び関係： (2) 診療内容の要約書交付 (書類代 1部 3,300円) (3) 複写 (コピー代 1枚 10円)	
3. 患者本人以外 が提供を申し出る 場合	患者本人との関係	
	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)死亡 (5)その他 ( )
* 事務局処理欄		
申出者本人確認欄	(1)運転免許証 (2)健康保険証 (3)旅券 (4)その他 ( )	
申出者資格確認欄	(1)戸籍謄本 (2)その他 ( )	
備 考		

注 1 (1) 申出者が患者本人の場合は、証明書類の提出または提示が必要です。  
(2) 患者本人以外の場合は、上記のほか法定代理人である証明書類の提出が必要です。  
また上記 2. (1) 同席者有り、3. (2) (5) の場合は、特別の事由がない限り、  
患者本人の同意書 (様式 2) が必要です。

注 2 \*印欄は、記入しないでください。