

診 療 情 報 提 供 申 請 書

診療情報の提供を受けたい患者	フリガナ	
	氏 名	
	診療番号	
	郵便番号 住 所 (連絡先)	〒 — 電話番号 () — 携帯電話 () —
	生年月日	T. S. H. R. 年 月 日生
診療情報の提供を受けたい内容 (希望する箇所に○を付けてください。)	診療科名	
	診療期間	S. H. R. 年 月 日 ~ S. H. R. 年 月 日
提供方法	1. 診療録 2. 看護記録 3. 処方箋 4. 手術記録 5. 検査記録 6. 病理診断記録 7. 放射線画像 8. その他 ()	
その他の要望	1. 謄写 (コピー) 2. 閲覧	

名古屋大学医学部附属病院長 殿

私は、上記のとおり、診療に関する情報の提供を受けたいので申請します。

令和 年 月 日

フリガナ

申請者 氏 名 _____ (自署又は記名・押印)

患者との関係 患者本人 法定代理人 任意後見人
親族等 ()

申請者が患者本人の場合には記載不要

住 所 _____
電話番号 _____
携帯電話 _____
代理人が申請する理由 _____

(同 意 書)

私は、上記のとおり、申請者 _____ に対して、患者の診療情報が提供されることに同意します。

同意者自署 _____ (患者との関係 患者本人 ・ 親権者)

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、パスポート、マイナンバーカード、健康保険証等身分を証明できるもの)を提示してください。

注2 親族等が申請する場合は、注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)を提出してください。

注3 提供された診療情報は、秘密保持の観点から、慎重に管理してください。

※ 確認書類欄(申請者は記入しないで下さい)

(本人証明)	・ 運転免許証 ☐	・ 健康保険証 ☐	・ その他 ()
(代理人証明)	・ 戸籍謄本 ☐	・ 患者本人の同意書 ☐	・ その他 ()