



(様式1)

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	カルテ カイジ
	氏名	軽手 海次
	診療番号	00-????-???-?
	郵便番号	〒466-8550
住 所	愛知県名古屋市中昭和区鶴舞町65	
	電話番号	(052) 744 - 2669
(連絡先)	携帯電話 (090) 123 - 4567	
生年月日	① S. H. R. 10 年 4 月 5 日生	
診療情報の提供を受けたい内容	診療科名	必要な診療科を記入
	診療期間	S. ④ R. △ 年 ? 月 ? 日 ~ S. H. ⑥ 4 年 3 月 31 日
(希望する箇所に○を付けてください。)	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 ()	
提 供 方 法	① 謄写 (コピー) 2. 閲覧	
その他の要望		

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 4 年 4 月 5 日

フリガナ カルテ カイジ
申請者 氏 名 軽手 海次 (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 (ご家族が申請する場合必要) ↓
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 ()