

(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		
	氏名		
	診療番号		
	郵便番号	〒	
	住所 (連絡先)		
生年月日	年 月 日		
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 年 月 日 ~ 年 月 日 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。

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 マイナンバーカード その他()
 (代理人証明) 戸籍謄本 患者本人の同意書 その他()