

診療情報提供(カルテ開示等)申請書

医療法人恵仁会 松島病院 病院長殿

受付日： 年 月 日

下記の通り診療情報の提供を申請いたします。

患 者 様	カルテNo.			
	ふりがな			
	氏 名	印		
	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	年	月 日
	住 所	〒 -		
	連絡先	- -		
希望する 提供方法 ※番号に○を ご記入ください。	1.診療記録 コピーの交付	対 象 期 間	☐ 全て ☐ 期間(年 月 日～ 年 月 日)	
		診 療 科	☐ 肛門科 ☐ 胃腸科	
		対象医療機関	☐ 松島病院 ☐ 旧松島クリニック	
		受 取 方 法	☐ 窓口 ☐ 郵送(別途費用)	
	2.要約書の交付	希 望 内 容	☐ 全て ☐ 診療録 ☐ 検査結果・検査報告書 ☐ 検査画像 (コピー ・ CD-ROM(別途費用)) ☐ 手術記録・手術写真 ☐ 看護記録 ☐ その他()	
	3.医師からの 口頭説明	希望する日時	第一希望： 年 月 日 : ~	
4.診療録の閲覧	第二希望： 年 月 日 : ~ 第三希望： 年 月 日 : ~			
備 考 欄				

※申請者が患者様本人の場合は以下の記入は不要です。

申 請 者	ふりがな			
	氏 名	印		
	住 所	〒 -		
	連絡先	- -		
	ご 関 係	☐ 親族(続柄：) ☐ その他()		
	患者様の状況	☐ 未成年者 ☐ その他()		

《本人同意書》

私は上記の通り、申請者()に対して私の診療情報を提供されることに同意します。

年 月 日

署 名

印

当院記入欄

申請者本人 確認欄	☐ 診察券	☐ 運転免許証	☐ マイナンバーカード
	☐ 運転経歴証明書	☐ 旅券(パスポート)	☐ 在留カード
	☐ 健康保険証	☐ その他()	
申請者資格 確認欄	☐ 委任状	☐ 戸籍謄本	☐ 住民票
	☐ その他()		
決定日	年 月 日	病院長	印
提供日	年 月 日	病院長	印
受付担当	印	松島病院 診療情報管理室	