

診療情報提供申込書

年 月 日

(あて先) 名古屋市立大学病院 病院長

(申込人)

住 所 〒

氏 名 (自筆署名、もしくは記名押印)

生年月日 年 月 日

患者との関係

電話番号 () -

下記記載の患者につき、名古屋市立大学病院における診療に関する診療情報の提供を申し込みます。

診療情報の提供において知り得た個人情報の保護のため、個人情報保護に関する法令の遵守及び全ての個人情報等について守秘を誓約します。

患 者	患者番号	
	氏 名	
	住 所	
	生年月日	年 月 日
	状 況	成年被後見人 被保佐人 被補助人 その他
提供の方法	1. 診療記録等の閲覧 2. 診療記録等の写しの交付 3. 要約書の交付	
診療記録等の種類	入院 ・ 外来	診療科名
	診療期間	1 診療録 2 検査結果 3 画像記録 4 その他 []
料 金 ※1枚あたり単価	診療記録の写し 11円、CD-R・DVD-R 110円等 (税込)	