

記入例

((様式1))

診療情報提供申込書

記入日

令和 6 年 1 月 20 日

(あて先) 名古屋市立大学病院 病院長

(申込人)

住 所 〒467-8602
名古屋市瑞穂区瑞穂町 1

氏 名 瑞穂 太郎 (自筆署名、もしくは記名押印)
生年月日 昭和 25 年 4 月 1 日
患者との関係 本人
電話番号 (052) 858 - 5511

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	現住所と診察当時の住所 が違う場合は、 診察当時 の住所を記載して下さい	12-34-56-7	診察券番号
	氏名	瑞穂 太郎		申込人が本人の場合は記入 不要です。親権者、親族等の 場合は「その他」に○を。
	住所	名古屋市瑞穂区瑞穂町川澄 1		
	生年月日	昭和 25 年 4 月 1 日		
	状況	成年被後見人	被保佐人	被補助人
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 皮膚科・形成外科		
	診療期間 平成 30 年 5 月 1～ 令和 5 年 3 月 31 日	1 診療録 3 画像記録	2 検査結果 4 その他	
単価	診療記録の写し 11 円、CD-R・DVD-R 110 円等 (税込)			

提供を希望される診療記録等の種類を**詳細にご記入下さい。**