

診療情報提供申込書

令和 年 月 日

(あて先) 名古屋市立大学医学部附属リハビリテーション病院 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 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日

患者との関係

電話番号 ( ) -

下記記載の患者につき、名古屋市立大学医学部附属リハビリテーション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。

|          |   |                |                              |          |
|----------|---|----------------|------------------------------|----------|
| 患<br>者   | 患者番号                                    |                |                              |          |
|          | 氏名                                      |                |                              |          |
|          | 住所                                      |                |                              |          |
|          | 生年月日                                    | 明治・大正・昭和・平成・令和 | 年                            | 月 日      |
|          | 状況                                      | 成年被後見人         | 被保佐人                         | 被補助人 その他 |
| 診療科名     | 科                                       |                |                              |          |
| 入院・入院外の別 | 入院 ・ 入院外                                |                |                              |          |
| 提供の方法    | 1 診療記録等の閲覧<br>2 診療記録等の写しの交付<br>3 要約書の交付 | 診療記録等の種類       | 1 診療録<br>2 その他<br>{ }<br>{ } |          |

(注) 1 患者本人による申込みの場合は、本人であることが確認できる書類を提示してください。

2 法定代理人による申込みの場合は、申込人本人であることが確認できる書類を提示してください。

また、患者本人が未成年者又は成年被後見人等であること及びその法定代理人であることが確認できる書類を提出してください。

さらに、患者本人が満 15 歳以上で判断能力があると認められる場合は、患者本人の自書による診療情報提供同意書をあわせて提出してください。

3 実質的に患者本人の介護を行っている親族等による申込みの場合は、申込人本人であることが確認できる書類を提示してください。

また、患者本人が満 15 歳以上で判断能力があると認められる場合は、患者本人の自書による診療情報提供同意書をあわせて提出してください。

4 「提供の方法」欄は、複数の項目を選択することができます。希望する項目の番号に○をつけてください。

5 「診療記録等の種類」欄は、閲覧等を希望する項目の番号に○をつけ、

「2 その他」の場合は診療記録等の種類を特定してください。