

診 療 情 報 提 供 申 請 書

年 月 日

名古屋市立大学医学部附属西部医療センター 病院長 殿

〒

住 所

申請者 氏 名

電話番号 ー ー

以下のとおり、診療情報の提供（カルテ開示）を申請いたします。

1. 申請に係る診療情報の内容

2. 提供方法の希望 写しの交付（CD-R ・ 紙媒体） 閲覧のみ

3. 患者本人の氏名等（患者本人以外が申請する場合に記載）

患者本人の氏名

患者本人の住所

〒

電話番号 ー ー

患者本人との続柄（関係）

患者の状況

- 該当なし 成年被後見人 被保佐人 被補助人
 未成年者（満 15 歳以上） 未成年者（満 15 歳未満）

※事務局処理欄

患者番号 (診察券番号)	
申請者本人確認欄	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> その他 ()
申請者資格確認欄	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書（後見、保佐、補助） <input type="checkbox"/> その他 ()
備 考	

診療情報提供申請書記載に伴う注意事項

- 1 申請者の電話番号は、提供の準備が整い次第ご連絡させていただくため、つながりやすい番号を記載してください。
- 2 患者本人による申請の場合は、患者本人の身分証等を提示してください。
- 3 法定代理人による申請は、申請者本人の身分証等及び戸籍謄本を提示してください。
また、患者が満 15 歳以上で合理的判断が可能と認められる場合は、患者の自署による診療情報提供同意書（様式 2）を提出していただきます。
- 4 成年後見人、保佐人、補助人による申請は、申請者本人の身分証等及び登記事項証明書を提示してください。
また、患者が満 15 歳以上で合理的判断が可能と認められる場合は、患者の自署による診療情報提供同意書（様式 2）を提出していただきます。
- 5 「提供を希望する診療情報の内容」欄は、具体的に記入してください。
- 6 ※印の事務局処理欄から下は記入しないでください。