

診療情報提供申請書

任意の日付を記載してください。

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

申請者

〒	
住所	
氏名	
電話番号	— —

今回、申請される方の情報を記載してください。
提供の準備が整いましたらご連絡いたしますので、電話番号は連絡がしやすい番号を記載してください。

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

カルテの提供をご希望される、診療期間を記載して下さい。「対象期間：〇〇年〇〇月～〇〇年〇〇月」など。原則として、診療録、各種検体検査結果（病理含む）、病名、画像検査の診断レポートを提供しています。画像検査そのものをご希望される場合は、「画像を希望」と追記して下さい。

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 — —

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

申請者資格確認欄

備考

患者さんが15歳以上で且つ、申請者と患者さんが異なる場合に、患者さんご本人が記載した診療情報提供同意書（当院様式2）が必要です。

※カルテ開示に関して、同意等の判断が困難な場合は同意書の提出は不要ですが、患者さんの障害等がわかる認定証などのご提示（写し）が必要です。

その他（ ）

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。