

診療記録等診療情報提供申請書

申請日 令和 年 月 日

独立行政法人 地域医療機能推進機構

徳山中央病院 院長 殿

申請者	氏名	印	
	住所		
	電話番号 (連絡先)		
	(該当するものを○で囲む)		(1)患者本人 (2)患者本人以外
	(上記で(2)の場合、該当するものを○で囲む) ① 患者が15歳以上の未成年者については、疾患の内容により本人又は親権者 ② 患者が15歳未満の親権者 ③ 診療契約に関する代理権が付与されている任意後見人 ④ 患者本人から代理権を与えられた親族及びこれに準ずる者 ⑤ 患者の法定代理人がある場合は、法定代理人 ⑥ 患者が成人で判断能力に疑義がある場合は、現実に患者の世話をしている親族及びこれに準ずる縁故者 ⑦ 患者の遺族 (患者の配偶者)・(子)・(父)・(母) (その他これに準ずる者:) * 法定代理人を含む		

患者氏名等 (開示対象者)	診察券番号		
	氏名		
	生年月日		
診療科	科	入院・外来	
開示対象期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
開示内容 (該当するものを○で囲む)	診療録、手術記録、麻酔記録、各種検査記録、 X線写真等画像、助産録、看護記録、温度板、その他 ()		
開示方法 (該当するものを○で囲む)	(1) 複写の交付、 (2) 閲覧、 (3) 口頭による説明、 (4) 要約書の交付		
	① 窓口来所 ② 郵送		