

診療情報提供申請書

令和 年 月 日

長門記念病院 病院長 殿

患者氏名 _____

生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日

住 所 _____

電話番号 _____

下記の通り、診療情報の提供を申請します。

1. 申請者（本人による申請）

氏 名 _____

(代理人による申請)

 法定代理人 上記以外の親族またはこれに準じる者

代理人氏名 _____

代理人住所 _____

電話番号 _____

本人との関係 _____

※ 法定代理人による申請の場合は、申請者であることを証明する書類に加え、資格を有することを証明する書類を提出し、または提示して下さい。但し、申請者が第三者の場合は、当該患者の委任状を有していても申請は認めない。

2. 申請に係る診療情報の内容

 診療録 検査記録 X線写真および画像情報 その他 ()

希望する提供の方法

 閱 覧 口頭による説明 謄 写

事務局処理欄

申請者の確認

 運転免許証 旅 券 健康保険証 戸籍謄本 その他 ()

受付担当者 _____

当日は、この回答書と申請本人であることを証明する書類を持参してください。また、上記の日時においてにできない場合は、事前に電話等で事務局までご連絡ください。(全部または一部提供の場合)