

申出日: 年 月 日

診療情報提供の申出書

社会医療法人 三愛会

- 三愛病院
 三愛クリニック
 リハビリホスピタル三愛

院長殿

私は下記のとおり、診療情報の提供を希望します。

患 者	フリガナ	生年月日	
	氏 名	年 月 日	
	申出となる 診療等の期間	開始日 年 月 日	終了日 年 月 日
	対象機関	<input type="checkbox"/> 三愛病院 <input type="checkbox"/> 三愛クリニック <input type="checkbox"/> リハビリホスピタル三愛	
希望する 提供内容	<input type="checkbox"/> 面 談	希望日時: 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 画 像	*画像コピー手段: <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> 紙 <input type="checkbox"/> 他() 具体的に: <input type="checkbox"/> 全ての画像 <input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 他()	
	<input type="checkbox"/> 診療記録	具体的に: <input type="checkbox"/> 全ての診療記録 <input type="checkbox"/> 医師記録 <input type="checkbox"/> 手術記録 <input type="checkbox"/> 検査結果 <input type="checkbox"/> 看護記録 <input type="checkbox"/> リハビリ記録	
	<input type="checkbox"/> 診療報酬明細書	<input type="checkbox"/> 全ての診療報酬明細書 <input type="checkbox"/> 病院入院 <input type="checkbox"/> 病院外来 <input type="checkbox"/> 三愛クリニック <input type="checkbox"/> リハビリホスピタル三愛	
	<input type="checkbox"/> 閲 覧		
	<input type="checkbox"/> そ の 他		

《 申 出 者 》

申 出 者 氏 名 :

患者との関係: 患者本人 親権者(患者が未成年) 未成年後見人 成年後見人
 親族:続柄() 患者代理人弁護士
 保険会社() その他()

住 所 : 〒 TEL () -

申 出 理 由 : セカンドオピニオン 自己保管 後遺障害認定 保険調査 裁判
(患者本人は不要) 理由<詳細>

(患者同意書)

私は上記のとおり、申出者 _____ に対して、
私の診療情報が提供される事に同意いたします。

患者本人(自筆)

印

(注) 診療情報は、患者・利用者様にとって非常に大切な「個人情報」です。診療情報の提供にあたり、厚生省の指針でも厳格な規定を設けられており、当法人においても、それに従い「患者様の意志による申出」との観点から、院長、主治医等の承諾のもとに診療情報提供を行いますので、申出後 数日を要する場合があります。ご了承賜りますようお願い申し上げます。

【当院使用欄】 承認日 年 月 日 提供日 年 月 日 決裁日 年 月 日

主治医:

担当:

院長: