

診療情報提供等に関する申請書

国家公務員共済組合連合会

横浜栄共済病院 病院長 殿

申請者

住所

氏名

印

電話

— —

下記の通り申請します。(黒枠の中をお書きください)

1. 申請に係る診療情報の内容		
2. 提供の区分(○で囲む)	(1) 医師の口頭による説明 (2) 要約資料の請求 (3) 診療録のコピー (4) フィルム・データのコピー (5) その他の資料 ()	
3. 患者本人以外の提供の申請の場合	患者本人の状況 (○で囲む)	(1) 成年者 (15歳以上) (2) 未成年者(15歳未満) (3) その他 ()
	患者本人の氏名	
	患者本人の住所 及び電話番号	
	患者本人との続柄	

以下事務局処理欄

申請者本人確認欄 (1) 運転免許証 (2) 旅券 (3) 主治医の確認 (4) その他	受渡者	受領印
申請者資格確認欄 (1) 戸籍謄本 (2) 委任状 (3) その他		

注1 「申請に係る診療情報の内容」欄は、提供の申請をしようとする診療情報が特定できるよう具体的に記入して下さい。

注2 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、資格を有する事を証明する書類を提供して下さい。また、患者本人以外の申請の場合は、本人の同意書(任意様式)を提出して下さい。

注3 「本人の住所及び電話番号」欄には、本人の連絡先が本人の住所及び電話番号と異なるときは、併せて連絡先を記入して下さい。

注4 「口頭による説明」の結果で、さらに「要約書の交付」「診療録のコピー及びその他の資料」を希望されることも可能です。但し、必要経費等の負担金がありますのでご相談ください。

病院長	副院長	診療部長	診療部長	診療部長	看護部長	事務部長	主治医	医事課長	担当者