

診療記録提供申請書

年 月 日

独立行政法人国立病院機構
村山医療センター院長 殿

住所 _____

氏名 _____ (印)

電話番号 _____

以下の通り申請します。

1. 申請に係る 診療記録の内容	<input type="checkbox"/> ア. 診療録 <input type="checkbox"/> イ. 看護記録 <input type="checkbox"/> ウ. 処方せん <input type="checkbox"/> エ. 検査記録 <input type="checkbox"/> オ. エックス線写真 <input type="checkbox"/> カ. その他 ()	
2. 提供の区分	<input type="checkbox"/> ア. 閲覧 <input type="checkbox"/> イ. 複写 <input type="checkbox"/> ウ. 要約書の交付 ア・イ・ウに合わせて口頭での説明 (要・不要)	
3. 患者本人以外の提供 の申請の場合の患者 本人の氏名等	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 <input type="checkbox"/> 1. 法定代理人 <input type="checkbox"/> 2. 実質的に患者の 世話をしている親族又はそれに準ずる者	
※ 事務局 処理欄	申請者本人 確認欄	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()
	申請者資格 確認欄	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> その他
※ 備 考		

《注》

- 「申請に係る診療記録の内容」欄は、提供の申請をしようとする診療記録が特定できるよう具体的に記入してください。
- ※欄には、記入しないでください。