

診療情報提供申出書

令和 年 月 日

石川県立こころの病院長 様

氏 名
 申出者 住 所
 電話番号 ()

下記のとおり申し出ます。

1 申 出 に 係 る 診 療 情 報 の 内 容			
2 提供の区分(○で囲む)	1 閲覧	2 口頭による説明	3 写しの交付
3 患者本人以外の提供の 申出の場合の患者本人 の氏名等	患者本人の状況 (○で囲む)	(1) 成年被後見人 (2) 未成年者(満15歳以上) (3) 未成年者(満15歳未満) (4) その他()	
	患者本人の氏名		
	患者本人の住所 及び電話番号		
※ 事務局 処理欄	申出者確認欄	1 運転免許証 2 旅券 3 健康保険証 4 その他()	
	申出者資格確認欄	1 戸籍謄本 2 同意書 3 その他()	
※ 備 考			

- 注 1 「申出に係る診療情報の内容」欄は、提供の申出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ください。
- 2 法定代理人による申出の場合は、申出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、又は提示してください。また、患者本人(成年被後見人を除く)以外の申出の場合は、本人の同意書(様式2)を提出してください。
- 3 「本人の住所および電話番号」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、連絡先も併せて記入してください。
- 4 「閲覧」及び「口頭による説明」の結果、さらに、「要約書の交付」を希望されることも可能です。
- 5 ※印欄は、記入しないでください。