

診療録等の情報提供申請書

保険会社等、当院で直接患者同意書を取り扱わないもの用

令和 年 月 日

愛知県厚生農業協同組合連合会
知多厚生病院 院長殿

申請者 氏名 _____ 印
会社名 _____
住所 _____
電話番号 _____

私は、下記のとおり、診療記録等の情報提供を希望します。

患者ID _____
フリガナ
患者氏名 _____
生年月日 M・T・S・H _____ 年 月 日

提供を希望する診療科名			
情報の提供を受けたい 期間及び内容 (希望する事項に○を 付けて下さい)	入院 ・ 外来 ・ 両方		
	年 月 日 ~ 年 月 日		
		閲覧	謄写
	■診療録		
	■検査記録・検査成績表		
	■X線写真(フィルムコピー・CD-R)		
	■その他		
提供希望日時	年 月 日 ~ *申請書受理から2週間後に提供		
備考			

- *申請の際、申請者本人が、患者同意に基づく法人に所属することを証明できるものと、申請者本人であることを確認するために必要な書類(運転免許証等身分を証明できるもの)を提示してください。
- *保険会社などで、同意書を当院にて直接申請者とやりとりしない場合、患者本人が同意しているかどうかについては当院では確認できないため、申請者が同意内容について確実に確認してください。当院の規定では、患者家族からの申請の場合、本人の委任状をいただくことになっています。また、死亡されている場合は、家族関連を証明するものを提示いただくことになっています。これに準ずる確認は、申請者で行ってください。同意書の内容による紛争には、当院は一切応じません。
- *患者が直接同意した法人でなく、委託を受けた法人が代理で申請を行う場合は、委託を受けたことが確認できる書類(手配指示書など)を提示してください。

診療録等の情報提供申請書

保険会社等、当院で直接患者同意書を取り扱わないもの用

令和 年 月 日

愛知県厚生農業協同組合連合会

知多厚生病院 院長殿

申請者

氏 名 _____ 印 _____

会 社 名 _____ 保険会社、調査会社の担当者のことをお書きください

住 所 _____

電話番号 _____

私は、下記のとおり、診療記録等の情報提供を希望します。

患者 I D _____ 開示対象となる患者さんのことをお書きください

フリガナ _____
患者氏名 _____

生年月日 M・T・S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日

提供を希望する診療科名	同意書の内容と合致するように 同意のない診療科を書かないでください 同意書の日付より前の期間を指定してください。		
情報の提供を受けたい 期 間 及 び 内 容 (希望する事項に○を 付けて下さい)	年 _____ 月 _____ 日 ~ 年 _____ 月 _____ 日	閱 覧	謄 写
	■ 診療録		
	■ 検査記録・検査成績表		
	■ X線写真 (フィルムコピー・CD-R)		
	■ その他		
提 供 希 望 日 時	年 _____ 月 _____ 日 ~	*申請書受理から 2 週間	
備 考	↑ 画像の CD を希望される場合、ここに丸をつけてください。		

*申請の際、申請者本人が、患者同意に基づく法人に所属することを証明できるものと、申請者本人であることを確認するために必要な書類 (運転免許証等身分を証明できるもの) を提示してください。

*保険会社などで、同意書を当院にて直接申請者とやりとりしない場合、患者本人が同意しているかどうかについては当院では確認できないため、申請者が同意内容について確実に確認してください。当院の規定では、患者家族からの申請の場合、本人の委任状をいただくことになっています、また、死亡されている場合は、家族関連を証明するものを提示いただくことになっています。これに準ずる確認は、申請者で行ってください。同意書の内容による紛争には、当院は一切応じません。

*患者が直接同意した法人でなく、委託を受けた法人が代理で申請を行う場合は、委託を受けたことが確認できる書類 (手配指示書など) を提示してください。