

# 診療情報提供申請書

西暦 年 月 日記入

AOI 国際病院 院長 殿

下記の通り、診療情報の提供を申請いたします。

※太枠の中をご記入下さい。

患者	ふりがな	
	患者氏名	
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 平成・令和・西暦
	住所	〒 ー 電話番号： -----
申請者	申請者氏名	印
	患者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
	申請者住所 ※患者本人の場合は記載不要	〒 ー 電話番号： -----
	備考	
提供を希望する記録	<input type="checkbox"/> 診療(医師)記録 <input type="checkbox"/> 看護記録 <input type="checkbox"/> 処方内容 <input type="checkbox"/> 各種検査記録 <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> 画像記録 <input type="checkbox"/> 手術記録 <input type="checkbox"/> 麻酔記録 <input type="checkbox"/> 退院時要約 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 記録全て	
希望する記録の範囲	年 月 日～ 年 月 日・現在	
希望する提供方法	<input type="checkbox"/> 複写(コピー) <input type="checkbox"/> 口頭による説明 <input type="checkbox"/> 閲覧	

□のある項目はレ印をつけて下さい。

## \* 当院使用欄 \*

患者 ID		
資格確認欄	申請者	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	患者との関係	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※患者本人の場合は不要
窓口対応者	部署：	氏名：
備考		