

診療情報の提供(開示)申請委任状

仙台整形外科病院長 殿

私(患者)は

氏名(自筆署名)

患者が15歳未満の場合は、法定代理人の自筆署名と患者名

患者がお亡くなりになられている場合は、法定相続人の自筆署名と患者名

生年月日

明治 大正 昭和 平成 令和 西暦

年 月 日生

住 所

下記の申請者(照会者)が、私に関する診療情報(既往症を含む)提供(開示)を申請し診療記録等を閲覧すること、写しなどの交付を受けること、要約書などの交付を受けることを委任いたします。

また、私に関する診療情報等についての照会に対し、回答を受けることを委任いたします。

西暦 202 年 月 日

申請者(照会者)氏名 _____

患者との関係 _____

保険会社の方は会社名
弁護士の方は事務所名

【注意事項】

- ① 申請者本人を証明するものと、患者本人を証明するものの提出をお願いいたします。
申請者と患者の続柄を証明するものが必要になることもあります。
- ② 委任状の有効期限は記入日から3ヶ月間とし、3ヶ月を経過したものは無効といたします。
再度委任状の作成をお願いいたします。