

診療情報の提供(開示)申請委任状 記入説明

仙台整形外科病院長 殿

情報提供の対象となる患者氏名(必ず自筆)、生年月日、住所、をご記入ください。

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。

今回の診療情報提供を申請する方の、名前、患者との関係をご記入ください。

西暦 202 年 月 日

委任状を記入する年月日を西暦でご記入ください。

*

申請者(照会者)氏名

父・長女・患者契約保険会社社員・保険会社委託調査員・代理人弁護士・等患者との関係をご記入ください。

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

該当する場合はご記入ください。

【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。

2021.4改正

* 労働基準監督署、労働局からの診療情報の照会や提出のためにご記入いただくときには、(照会者)の欄に例) 仙台労働基準監督署・宮城労働局・大河原労働基準監督署・等照会元をご記入ください

～ご不明な点等ございましたら以下までお問い合わせください～

〒984-0038

特定医療法人白嶺会 仙台整形外科病院 診療情報管理室

宮城県仙台市若林区伊在3丁目5-3

TEL 022-288-8900 内線211

(問合せ時間:月曜日～金曜日 9:00～17:00)