様式1

診療情報の提供(開示)申請書　記入説明

仙台整形外科病院長　殿

(ID番号:　　－　　)

提供の対象となる患者氏名、生年月日、住所、電話番号をご記入ください。

フリガナ	(セイ)	(メイ)
患者氏名	(姓)	(名)
生年月日	明治　昭和　令和 大正　平成　西暦　　年　　月　　日	
住　所		
電話番号		(携帯番号)

提供を希望する診療情報の□にチェックをして、希望箇所、開示方法を〇で囲んでください。

提供を希望する診療情報の期間をご記入ください。

修正履歴を含む診療情報の提供を希望する場合は、必要を〇で囲んでください。
(修正履歴を含むと提供枚数は約2倍程度増量します)

提供(開示)を希望する診療情報

□ 外来診療録(カルテ)	希望箇所　：全部　・　一部　開示方法　：写しの交付　・　閲覧 ① 期　間　：西暦　　年　　月　　日～　　年　　月　　日 ② 期　間　：西暦　　年　　月　　日～　　年　　月　　日
□ 入院診療録(カルテ)	希望箇所　：全部　・　一部　開示方法　：写しの交付　・　閲覧 ① 期　間　：西暦　　年　　月　　日～　　年　　月　　日 ② 期　間　：西暦　　年　　月　　日～　　年　　月　　日
画　像 □ CD-R □ フィルム	希望箇所　：全部　・　一部　(一部希望の場合具体的に下記へ記入) 部　位　： 期　間　：西暦　　年　　月　　日～　　年　　月　　日 その他　：
□ 要　約　書	希望内容　：
修　正　履　歴	必要　・　不要

＊医師記録のみ、看護記録のみ等の診療記録の一部開示につきましては、診療記録内容への誤解をまねく可能性を鑑みて、お断りしております。ご了承くださいますようお願い申し上げます。
＊画像の提供は当院で撮影した分のみとなります。

私は開示説明・料金について同意し、上記の通り診療情報の提供(開示)を申請します

西暦　　年　　月　　日

申請者の□にチェックをしてください。

申請者

□ 患者本人

□ 患者本人以外

今回の診療情報提供を申請する方の、名前(必ず自筆)、患者との関係、住所、電話番号(日中連絡可能な番号)をご記入ください。

氏名(自筆署名)

患者との関係

住所

電話番号

当院処理欄です。記入は不要です。

病院担当者記入欄		
受付日	提供日	診療録　　枚　CD-R　　枚　フィルム　　枚

～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)