

# 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

フリガナ	(セイ) (姓)	(メイ) (名)
患者氏名		
生年月日	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、希望期間、開示方法を○で囲んでください。

希望期間が一部の場合は、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○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)

申請者の□にチェックをしてください。

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。

当院処理欄です。記入は不要です。

## 提供(開示)を希望する診療情報

<input type="checkbox"/>	外来診療記録等 (カルテ等)	希望期間 : 全部 ・ 一部 (一部希望の場合具体的に下記へ記入) 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
<input type="checkbox"/>	入院診療記録等 (カルテ等)	希望期間 : 全部 ・ 一部 (一部希望の場合具体的に下記へ記入) 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
<input type="checkbox"/>	画 像 CD-R	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
<input type="checkbox"/>	要 約 書	希望内容 : _____
<input type="checkbox"/>	修 正 履 歴	必要 ・ 不要 ← 必ずご記入ください

\* 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。  
\* 他院から提供された文書(診療情報提供書、返書等)、画像などは開示対象ではありません。  
\* 申請をする際には、『診療情報の提供(開示)について』(HP掲載)を必ずご確認ください。

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

氏名(自筆署名)

患者本人

患者との関係

患者本人以外

住所

電話番号

## 病院担当者記入欄

受付日	提供日	診療録 枚	CD-R 枚

2023.10 改正

~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)