

診療情報提供申請書

北海道大学病院長 殿

年 月 日

(申請者) 〒 ー

住 所

(ふりがな)

氏 名

印

1. 本人
2. 法定代理人
3. その他

生年月日 年 月 日 (歳)

電話番号 () ー

下記のとおり、診療に関する情報の提供を受けたいので申請します。

※ 診療情報の提供 を受けたい内容	診療科名(科)		1. 外来分	2. 入院分
	1	診療記録(カルテ)	年 月 日～	年 月 日
	2	看護記録	年 月 日～	年 月 日
	3	X線写真	年 月 日～	年 月 日
	そ	()	年 月 日～	年 月 日
	の	()	年 月 日～	年 月 日
患者欄 * 受診当時の 情報を記入 * 患者本人の 場合記入不要	(ふりがな) 氏 名			
	生 年 月 日		年 月 日 (歳)	
	住所及び連絡先		〒 ー 電話番号 () ー	
	代理人が 申請する理由			

- (注) (1) 患者本人が申請する場合は、押印不要です。
(2) ※の欄は、該当(希望)する番号を○で囲んで下さい。
(3) 申請の際、申請者本人であることを確認するために必要な書類(運転免許証、健康保険被保険者証、写真付き身分証明書等、身分を証明できるもの)を提出又は提示して下さい。
(4) 法定代理人が申請する場合は、上記(3)の書類の他、その資格を確認するために必要な書類(戸籍謄本等)を提出又は提示して下さい。
(5) 実質的に介護等を行っている親族若しくはそれに準ずる人が申請する場合は、上記(3)の書類の他、実質的に介護等を行っていることが客観的に証明できるもの(民生委員等証明書)を提出して下さい。
(6) 患者本人から代理権を与えられた親族が申請する場合は、上記(3)の書類の他、その資格を確認するために必要な書類(戸籍謄本等)及び患者本人が作成した委任状を提出又は提示して下さい。なお、委任状は患者本人の実印を押印し、印鑑証明書を添付して下さい。
(7) 診療契約に関する代理権が付与されている任意後見人が申請する場合は、上記(3)の書類の他、その資格を確認するために必要な書類(公正証書等)を提出又は提示して下さい。
(8) 遺族が申請する場合には、上記(3)の書類の他、患者との関係を客観的に証明する書類(戸籍謄本等)を提出又は提示して下さい。
(9) 上記の書類は、写しを取らせていただきます。