

診療情報提供申請書 (受付No.)

1 提供を受けたい診療情報の内容 (診療情報の種類・対象期間等) (必要な方へ○囲み)			
科の診療録 (入院・外来)		年	月 頃
2 希望する提供方法 (○で囲む ※コピーと要約書の両方の交付はできません)			
イ 閲覧	□ 口頭説明	ハ コピー	ニ 要約書
上記イ、□の場合 (希望日時)		(画像データの要否)	(要・不要)
第1希望	月	日	午前・午後
第2希望	月	日	午前・午後
第3希望	月	日	午前・午後
3 患者氏名等			
氏名		生年月日	年 月 日生
住所			
電話番号	(- -)		
上記のとおり診療情報の提供を受けたいので申請します。			
令和 年 月 日			
東京労災病院長 殿			
申請者	氏名	(患者との続柄)	
	住所		
	電話番号	() -	
(患者の同意が必要な場合の患者記入欄)			
患者署名 印			
※確認欄 (申請者は記入しないでください)			
(本人証明)			
• 運転免許証	• 健康保険証	• 旅券	• その他 ()
(代理人証明)			
• 患者本人の同意	• 法定代理人証明書	• 戸籍謄本	• 委任状
• その他 ()			

注 1 申請には各種証明書が必要です。また、受付の際、証明書のコピーをとらせていただきます。
2 診療情報の提供方法がコピーまたは要約書の実費をいただきます。
3 申請者氏名欄は、記名押印または申請者本人の自筆による署名をしてください。