

## カルテ等医療情報提供申出書

年 月 日

稲城市病院事業管理者 殿

申出者 住所

氏名

（署名又は記名押印してください。）

電話

下記のとおり申し出ます。

1 申出に係る診療情報の内容		
2 提供の区分 (○で囲む)	(1) 閲覧 (2) 口頭による説明 (3) 要約書の交付 (4) 写しの交付 (5) 電磁的記録の視聴又は紙に出力したものの閲覧若しくは交付 (6) 電磁的記録の複写の交付	
3 患者ご本人との関係 (○で囲む)	(1) 本人 (2) 未成年者又は成年被後見人の法定代理人 (3) 未成年で亡くなられた患者の親権者 (4) 実質的に患者ご本人のケアを行っている家族（配偶者・子・父母） (5) 実質的に患者ご本人のケアを行っている同居の親族、内縁関係の方 (6) 亡くなられた患者ご本人の遺族（配偶者・子・父母） (7) 亡くなられた患者ご本人の同居の親族、内縁関係の方	
*市立病院処理欄	申出者本人確認欄	(1) 運転免許証 (2) 旅券 (3) 健康保険証 (4) その他 ( )
	申出者資格確認欄	(1) 戸籍謄本 (2) その他 ( )
	備考 (主治医意見等)	

注1 「申出に係る診療情報の内容」欄は、提供の申出をしようとする診療情報が特定できるよう具体的に記入してください。

2 申出者は、申出者本人であることを証明する書類を提出・提示するとともに、申出をする資格を有することを証明する書類を提出・提示してください。

3 患者ご本人が満15歳以上の場合は、ご本人の同意書を添付してください（ご本人が亡くなられている場合又はご本人が合理的判断ができない場合を除きます。）。

4 \*印欄（市立病院処理欄）は、記入しないでください。