

カルテ等医療情報提供申出書 記載見本

申請をおこなう日付（来院される日）  
を記載してください

様式第 1 号（第 5 条関係）

〈 太枠内をご記載ください 〉

カルテ等医療情報提供申出書	
令和 ○年○月○日	
稲城市病院事業管理者 殿	
申出者 住所	
東京都稲城市大丸1171	
直筆の署名以外（ゴム印による記名等） の場合には、押印が必要です	氏名 稲城 太郎 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">稲城</span> <small>（署名又は記名押印してください。）</small>
	電話 042-379-1310
下記のとおりに申し出ます。	
1 申出に係る診療情報の内容	稲城 花子（患者 ID XXXXXXXX 生年月日 昭和○年○月○日）の 令和 3 年○月○日～令和 3 年○月○日の内科入院時の診療記録全て
2 提供の区分 （○で囲む） 選択してください （複数選択可能）	<input type="checkbox"/> (1) 閲覧 <input type="checkbox"/> (2) 口頭による説明 <input type="checkbox"/> (3) 要約書の交付 <input checked="" type="checkbox"/> (4) 写しの交付 <input type="checkbox"/> (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 <input checked="" type="checkbox"/> (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） 選択してください （いずれか 1 つ） ※ 当てはまらない場合、 担当者へご相談ください	<input type="checkbox"/> (1) 本人 <input type="checkbox"/> (2) 未成年者又は成年被後見人の法定代理人 <input type="checkbox"/> (3) 未成年で亡くなられた患者の親権者 <input type="checkbox"/> (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） <input type="checkbox"/> (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 <input checked="" type="checkbox"/> (6) 亡くなられた患者ご本人の遺族（配偶者・子・父母） <input type="checkbox"/> (7) 亡くなられた患者ご本人の同居の親族、内縁関係の方

こちらに記載された番号へ開示可否等のご連絡をいたします

1 申出に係る診療情報の内容 欄について

- ◆ 申出者と開示対象の患者さんが異なる場合は、患者氏名、生年月日、患者 ID（診察券番号）等、患者さんが特定できる情報をご記載ください。
- ◆ なるべく具体的にご記載ください（入院・外来、対象期間、診療科等）。  
ただし、「○○という疾患に関する記録のみ」や、「特定の職員（職種）の記載した記録のみ」など、一部の診療記録のご指定は、診療記録内容への誤解を招く可能性を鑑みて、承りかねます。
- ◆ 電子カルテの写しの交付については、その真正性を保つため、記録の修正履歴が全て印刷されます。修正回数によっては印刷枚数が多くなる可能性もございますが、ご了承ください。修正履歴の省略を希望される場合には、その旨をこの欄へご記載ください。

2 提供の区分 欄について

- ◆ “電磁的記録”とはレントゲンや CT 等の画像データです。必要な場合は、原則として CD-R にてご提供いたします。（6）電磁的記録の複写の交付へ○をつけてください。

その他、記載に関してご不明な点がございましたら、窓口もしくはお電話にて担当者までご確認ください