

(様式1)

令和 3 年 1 月 1 日

見本

カルテ等診療情報提供申請書

東京都済生会向島病院  
院長 塚田 信廣 殿

[申請者] 〒131-0041  
住 所 東京都墨田区八広1-5-10  
電話番号 03-3610-3651  
氏 名 済 生 太 郎 印

下記のとおり、カルテ等診療情報の提供を申請いたします。

|                                     |   |  |
|-------------------------------------|---|--|
| 1. 提供をお望みになる診療情報の具体的な種類あるいは、記録媒体の名称 | 診療記録、看護記録、経過表、検査データ、画像データ 等<br>紙、CD-R 等     |  |
| 2. 提供をお求めの期間                        | 3 年 1 月 1 日 ~ 3 年 3 月 31 日までの診療情報の提供を希望します。 |  |
| 3. 提供方法<br>(いずれかを○で囲む。複数可)          | 口頭による説明 ・ 原資料閲覧 ・ 要約書請求(有料) ・ 注2)原資料コピー(有料) |  |
| 4. 申請者が、患者さまご本人以外である場合に記入する欄        | 患者さまのお名前                                    | お名前 済 生 一 郎 男 (年齢 50 歳)  |
|                                     | 同 住 所                                       | 東京都墨田区八広1-5-10 又は 申請者と同じ   |
|                                     | 同 電 話 番 号                                   | 03-3610-3651 又は 申請者と同じ   |
|                                     | 患者さまと申請者<br>とのご関係                           | 申請者は、患者さまの ( 長 男 ) にあたります。<br>※身元関係証明書類の名称 [ 戸籍謄本 ]                              |
|                                     | 申請者本人証明書                                    | 運転免許証 旅 券 ・ 住民票と健康保険証  |
|                                     | 患者さまご本人が<br>申請出来ない理由<br>及び申請者の親族<br>資格の説明   | ご本人以外の申請の理由 ( 他の病院に入院中 )<br>親族資格証明書類 [ 戸籍謄本 ]<br>※カルテ等診療情報開示承諾書 持 参 (いずれかを○で囲む。) |

|                         |                    |  |
|-------------------------|--------------------|--|
| ※病院記入欄<br>医 事 課<br>担当者名 | 申請者本人確認            | 運転免許証 ・ 旅 券 ・ 住民票と健康保険証 ・ 入院中(看護師の証明要)     |
|                         | 申請者と患者さま<br>との関係確認 | カルテ等診療情報開示承諾書 ・ 患者さまの印鑑証明 ・ 戸籍謄本 ・ 代理契約確認書 |
|                         | 患者さまの確認            | ご 入 院 中 ・ ご 退 院 後                          |
| 印                       | 備 考                |  |

注1) 患者さまご本人以外の方が申請者である場合には、患者さまご本人による承諾書(様式5)と一緒にご提出ください。  
ただし、患者さまが15歳未満の場合もしくは患者さまが十分な判断能力を失っていると当院の主治医が判断した場合は、患者さまご本人による承諾書(様式5)は不要です。

注2) 「原資料コピー」は、患者さまご本人、患者さまの親権者及び患者さまご本人による承諾書(様式3)をご持参の方のみ  
がお受け取りになれます。

### カルテ等診療情報提供申請書

東京都済生会向島病院  
院長 塚田 信廣 殿

[申請者]  
住 所  
  
電話番号  
  
氏 名

㊞

下記のとおり、カルテ等診療情報の提供を申請いたします。

|                                     |   |  |
|-------------------------------------|---|--|
| 1. 提供をお望みになる診療情報の具体的な種類あるいは、記録媒体の名称 |   |  |
| 2. 提供をお求めの期間                        | 年 月 日 ~ 年 月 日までの診療情報の提供を希望します。  |  |
| 3. 提供方法<br>(いずれかを○で囲む。複数可)          | 口頭による説明 ・ 原資料閲覧 ・ 要約書請求(有料) ・ 注2)原資料コピー(有料)                                 |  |
| 4. 申請者が、患者さまご本人以外である場合に記入する欄        | 患者さまのお名前  | お名前 男 ・ 女 (年齢 歳)                           |
|                                     | 同 住 所   |  |
|                                     | 同 電話番号  |  |
|                                     | 患者さまと申請者とのご関係   | 申請者は、患者さまの ( ) にあたります。<br>※身元関係証明書類の名称 [ ] |
|                                     | 申請者本人証明書  | 運転免許証 ・ 旅 券 ・ 住民票と健康保険証                    |
| 患者さまご本人が申請出来ない理由及び申請者の親族資格の説明       | ご本人以外の申請の理由 ( )<br>親族資格証明書類 [ ]<br>※カルテ等診療情報開示承諾書 持 参 ・ 不持参<br>(いずれかを○で囲む。) |  |

|               |                |  |
|---------------|----------------|--|
| ※病院記入欄        | 申請者本人確認        | 運転免許証 ・ 旅 券 ・ 住民票と健康保険証 ・ 入院中(看護師の証明要)     |
| 医 事 課<br>担当者名 | 申請者と患者さまとの関係確認 | カルテ等診療情報開示承諾書 ・ 患者さまの印鑑証明 ・ 戸籍謄本 ・ 代理契約確認書 |
|               | 患者さまの確認        | ご 入 院 中 ・ ご 退 院 後                          |
| ㊞             | 備 考            |  |

注1) 患者さまご本人以外の方が申請者である場合には、患者さまご本人による承諾書(様式5)と一緒に提出ください。ただし、患者さまが15歳未満の場合もしくは患者さまが十分な判断能力を失っていると当院の主治医が判断した場合は、患者さまご本人による承諾書(様式5)は不要です。

注2) 「原資料コピー」は、患者さまご本人、患者さまの親権者及び患者さまご本人による承諾書(様式3)をご持参の方のみがお受け取りになれます。