

第1号様式(患者本人・法定代理人用)

診療情報提供申出書

令和 年 月 日

高知県立あき総合病院 前田 博教 様

申出者 住所  
氏名  
電話番号  
生年月日  
性別 男 女

次のとおり、診療情報の提供を申し出ます。

提供を受けたい 診療情報の内容			
希望する提供の 方法	1 閲覧 2 写しの交付 3 要約書の交付 4 口頭による説明		
法定代理人が申 出の場合の患者 の氏名等	患者の状況 (○で囲む。)	1 未成年者(満15歳以上) 2 未成年者(満15歳未満) 3 成年被後見人	
	患者の氏名		申出者との続柄
	患者の住所		
	電話番号		
	性別	男	女

- (注) 1 「提供を受けたい診療情報の内容」欄は、提供を受けたい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 申出の際には、申出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、旅券、学生証、健康保険の被保険社証、国民年金手帳又は厚生年金手帳等)を提示してください。  
3 法定代理人が申出する場合は、(注)2の書類のほか、その資格を確認するために必要な書類(戸籍謄本又は健康保険の被保険者証等。成年後見人については法務局の後見登記事項証明書)を併せて提示してください。  
なお、患者本人が満15歳以上の未成年者の場合には、合理的判断ができない状態にあるときを除き、患者の同意が必要です。  
4 「写しの交付」を希望される場合は、別に定める費用負担が必要です。

※次の欄は記入しないでください。

本人の確認方法	1 運転免許証 2 旅券 3 学生証 4 健康保険証 5 年金手帳 6 その他 ( )	(受付印)
確認した記号番号等		
患者との続柄等確認方法		
提供希望日時		
備考		
確認者		