

第2号様式(患者の親族等用)

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 診療情報に係る 患者の氏名等	患者の氏名	申出者との関係
	患者の住所 電話番号 性別	
	患者の状況及 び代理の理由	
	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	

- (注) 1 未成年者又は成年被後見人の法定代理人は、第1号様式を使用してください。  
2 「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。  
3 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、健康保険の被保険者証、国民年金手帳又は厚生年金手帳等）及び患者と申出書との関係を確認するために必要な書類（戸籍謄本）を提示してください。  
4 原則として患者の委任状が必要です。  
5 「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	1 戸籍謄本 2 その他（ ）	
提供希望日時	提供決定した後連絡のうえ希望日時を調整する。	
備考		
委任状	有 ・ 無 確認者	