

# 診療情報提供申出書

年 月 日

沖縄県立八重山病院

院長 和氣 亨 殿

開示申出者 住 所  
氏 名  
患者との関係 患者本人からみて( )  
電 話 番 号 ( - - )

次のとおり診療情報の提供を申し出ます。

|                            |  |  |    |     |
|----------------------------|--|--|----|-----|
| 1 情報の提供<br>申出をする<br>患者氏名等  | (フリガナ)   | (ID )  |    |     |
|                            | 氏 名  |  |    |     |
|                            | 住 所  |  |    |     |
|                            | 電 話 番 号  | ( - - )  |    |     |
|                            | 生 年 月 日  | 年 月 日生   | 性別 | 男・女 |
| 2 申出に係る<br>診療情報の<br>内容     | _____ 科 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院<br>期間 ( )<br><input type="checkbox"/> 診療録(カルテ) <input type="checkbox"/> エックス線写真<br><input type="checkbox"/> 検査記録、検査成績 <input type="checkbox"/> 看護記録<br><input type="checkbox"/> その他( ) |  |    |     |
| 3 提供の方法                    | <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> その他 ( )  |  |    |     |
| 4 患者本人以外<br>の者が申出を<br>する場合 | 申出の目的  |  |    |     |
|                            | 患者本人<br>の状況  | <input type="checkbox"/> 未成年者(15歳未満) <input type="checkbox"/> 未成年者(15歳以上) )<br><input type="checkbox"/> 成年被後見人 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他( |    |     |
|                            | 患者本人<br>の同意  | 申出に同意します。 令和 年 月 日<br>患者本人署名 _____ 印   |    |     |

注1 この手続きは、「沖縄県立病院における診療情報の提供に関する指針」に基づいて行われるものであり、個人情報の保護に関する法律(平成15年5月30日号外法律第57号)に基づく開示請求とは異なります。

注2 申出者は、申出者であることを証明する書類を提出してください。

注3 患者本人以外の者による申出の場合、資格を有することを証明する書類を提出してください。

注4 患者本人以外の者が申出をする場合は、患者本人の同意が必要です。(ただし、患者本人が死亡している場合、合理的判断をなし得ない場合、15歳未満である場合はこの限りではありません。)

|                 |          |   |  |  |
|-----------------|----------|---|--|--|
| ※<br>担当課<br>処理欄 | 申出者確認欄   | <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険証<br><input type="checkbox"/> その他( ) |  |  |
|                 | 申出者資格確認欄 | <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記証(成年後見人)<br><input type="checkbox"/> その他( )                            |  |  |