

診療情報提供申出書

年 月 日

沖縄県立八重山病院

院長 田仲 斉 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 申出をする 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 診療情報の 内容				
	科 ☐ 外来 ☐ 入院			
	期間 ()			
	☐ 診療録(カルテ) ☐ エックス線写真			
	☐ 検査記録、検査成績 ☐ 看護記録			
	☐ その他()			
3 提供の方法	☐ 閲覧 ☐ 写しの交付 ☐ その他 ()			
4 患者本人以外 の者が申出を する場合	申出の目的			
	患者本人	☐ 未成年者(15歳未満) ☐ 未成年者(15歳以上))		
	の状況	☐ 成年被後見人 ☐ 死亡 ☐ その他()		
	患者本人 の同意	申出に同意します。 令和 年 月 日 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。)

※ 担当課 処理欄	申出者確認欄	☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 健康保険証 ☐ その他()
	申出者資格確認欄	☐ 戸籍謄本 ☐ 登記証(成年後見人) ☐ その他()