

【別紙 1】

診療記録等情報提供申出書

年 月 日

島根県立

病院長 様

住所
 申出者 ふりがな 氏名
 生年月日
 電話番号

下記のとおり申し出ます。

1 開示を希望する患者の氏名等 (申出者と同じ場合は不要)		<small>ふりがな</small> 患者氏名： (旧姓) 生年月日： 年 月 日 住 所：
2 申出者と患者本人の関係 (○で囲む)		(1)患者本人 (2)配偶者・二親等以内の血族 (3)成年被後見人 (4)その他 ()
3 提供の期間		年 月 日 ～ 年 月 日
4 提供の区分 (○で囲む)		(1)閲覧 (2)口頭による説明 (3)写しの交付
※ 事務局 処理欄	申出者本人確認欄	(1)運転免許証 (2)マイナンバーカード ※資格確認書可 (3)その他 ()
	申出者資格確認欄	(1)戸籍謄本 (2)その他 ()
※ 備 考		

《記入上の留意点》

- 1 申出者は、申出者であることを証明する書類を提出し、又は提示してください。
- 2 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、又は提示してください。
- 3 患者本人（15歳未満の未成年者、成年被後見人及び死亡している場合を除く。）以外の申出の場合は、本人の同意書（様式任意）を提出してください。
- 4 ※印欄は記入しないでください。