

診療情報提供依頼書

令和 年 月 日

東京都済生会中央病院

院長 海老原 全 殿

依頼者 _____ 印 _____

住 所 〒 _____

電話番号 _____

患者さんとの続柄 _____

※患者さん本人でない場合には患者さんとの関係を証明する書類を提出、又は提示してください。

診療情報の提供を依頼します。

1. 診療情報の内容 ※ 診療情報が特定できるよう 科、時期、病名等を具体的 にご記入ください。	
※○で囲んでください。	・診療録 ・看護記録 ・処方内容 ・各種検査記録 ・X線写真
2. 提供区分 ※○で囲んでください。	
3. 提供区分 ※○で囲んでください。 ・閲覧のみ ・閲覧及び口頭説明	
4. 提供患者情報 申請者が患者本人の場合であつ てもご記入ください。 患者氏名 _____ 生年月日 昭和・平成 年 月 日 患者番号 _____	
5. 提供希望日 ※ 申請日より14日（但し、 日曜・祝日等病院の休診日 は除く）以降の日時をご記 入ください。 第1希望： 月 日 () 午前・午後 第2希望： 月 日 () 午前・午後 第3希望： 月 日 () 午前・午後 () 特に希望なし	

事務局処理欄 ※ ご記入しない でください。	申請者確認		①運転免許証 ②パスポート ③健康保険証 ④戸籍謄本 ⑤その他 ()		
	確認者			確認日	年 月 日
	診療科：		病棟：	主治医：	