

診療情報提供申請書

令和 年 月 日

国立病院機構千葉東病院長 殿

住 所
申請者 氏 名
電 話 番 号

以下のとおり、申請します。

1	申請に係る診療情報の内容	
2	提供の区分	(1) 口頭による説明 (2) 説明文書の交付 (3) 診療記録の閲覧 (4) 診療記録の写しの交付
3	患者本人の氏名等 (患者本人以外が申請する場合)	患者本人の氏名 患者本人の住所 (住所) 及び電話番号 (電話番号) 患者本人との続柄
* 事務局 処理欄	申請者本人確認欄	(1) 運転免許証 (2) 旅券 (3) 健康保険証 (4) その他 (
	申請者資格確認欄	(1) 戸籍謄本 (2) その他 (
* 備考		

《注》

- 「申請に係る診療情報の内容」欄は、提供の申請をしようとする診療情報が特定できるように具体的に記入してください。
 - *欄には、記入しないでください。
- ※ 用紙の大きさは、日本工業規格A列4番とする。