

診 療 情 報 提 供 申 請 書

受付No.

※太枠に記入をお願いします。

1. 提供を受けたい診療情報の内容（診療情報の種類・対象期間等）

2. 希望する提供方法に○ ※コピーと要約書の両方の交付はできません

a. 閲覧 b. 口頭説明 c. コピー d. 要約書

(a. 閲覧 または b. 口頭説明 を希望する際の希望日時記入欄)

・第1希望 ・第2希望 ・第3希望
 / 午前・午後 / 午前・午後 / 午前・午後

3. 患者さんの氏名等

氏 名		生年月日	年 月 日生
-----	--	------	------------------

住所	〒 —
----	----------

電話番号	() —
------	-----------------------------

釧路労災病院長 殿

上記のとおり診療情報の提供を受けたいので申請します。

令和 年 月 日

申請者 氏名 印 (患者との続柄)

住所 〒 —

電話番号 () —

※ 確認欄（申請者は記入しないでください）

(本人証明)

☐運転免許証 ☐マイナンバーカード ☐健康保険証 ☐その他 ()

(代理人証明)

☐委任状 ☐戸籍謄本 ☐その他 ()

注1 申請には各種証明書が必要です。また、受け付けの際、証明書のコピーをとらせていただきます。

2 診療情報の提供方法がコピー又は要約書の場合は、実費をいただきます。

3 書類等のお渡しまで、申請いただいた日から2週間から3週間ほどお時間を頂いておりますので、ご了承ください。