

カルテ等の診療情報提供申出書

年 月 日

地方独立行政法人大阪府立病院機構

(病) 院長 様

住 所

(ふりがな)

氏 名

連絡先 (電話番号)

地方独立行政法人大阪府立病院機構カルテ等の診療情報の提供に関する規程第4条の規定に基づき、下記のとおりカルテ等の診療情報の提供を申し出ます。

1. 申出に係る診療情報の内容		
2. 提供の方法 (○で囲む)	(1) 閲覧及び口頭による説明 (2) 写しの交付 (3) 説明書の交付	
3. 患者本人以外の者が提供の申出を行う場合の患者本人との関係等	患者本人との関係 (○で囲む)	(1) 法定代理人 (2) 診療契約に関する代理権が付与されている任意後見人 (3) 患者本人から代理権を与えられた親族及びこれに準ずる者 (本人との関係) (4) 患者が成人で判断能力に疑義がある場合は、現実には患者の世話をしている親族及びこれに準ずる者 (本人との関係) (5) 患者本人が死亡した場合において、配偶者、子、父母、法定相続人 (法定代理人を含む。) 及びこれに準ずる者、ただし、これに準ずる者については、実質的に患者の世話をしていたと認められる者に限る (本人との関係)
	患者本人の氏名及び生年月日	(氏 名) (年 月 日生)
	患者本人の住所	連絡先 (電話番号) — —

次の欄は記入する必要はありません。

担当所属 処理欄	申出者本人確認欄	(1) 運転免許証 (2) 旅券 (3) 健康保険証 (4) その他 ()
	申出者資格確認欄	(1) 戸籍謄本 (2) 住民票 (3) その他 ()
備 考		

注1) 「申出に係る診療情報の内容」は、できるだけ具体的に記入してください。

注2) 「説明書の交付」を希望される場合は、必ず診療情報説明書の「申出者が確認したい事項」欄にも記入のうえ、診療情報説明書も同時に提出してください。

注3) 患者本人以外の者による申出の場合は、申出者であることを証明する書類に加え、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。また、(3) 患者本人から代理権を与えられた親族及びこれに準ずる者として申出する場合は、必ず本人の同意書 (様式4) に患者本人の印鑑を押印のうえ、同時に患者本人の印鑑登録証明書もあわせて提出してください。

注4) 写しの交付に要する費用及び説明書の交付にかかる手数料は、申出者の負担となります。

○未成年の患者の親から申し出があった場合のお願い

カルテ等の診療情報提供の可否を判断する際、両方の親が了解されていることが確認出来れば、より早く手続きを行うことが可能です。

＜もう一方の親の意思＞

カルテ等の診療情報提供申出を了承しています。

(氏名・自署)

年 月 日

なお、もう一方の親の了解が確認できない場合や、意思確認がとれない場合も申し出は受け付け、診療情報提供委員会にて提供可否を判断することとします。