

診療記録提供申請書

年 月 日

独立行政法人国立病院機構

村山医療センター院長 殿

(申請者) 氏名 _____ ①

住所 _____

電話番号 _____

以下の通り申請します。

1. 申請に係る 診療記録の内容		内 容	期間・部位等
		<input type="checkbox"/> ア. 診療記録の全て <input type="checkbox"/> イ. 検査記録 <input type="checkbox"/> ウ. 画像 (X線、CT、MRI、超音波など) <input type="checkbox"/> エ. その他 ()	
2. 提供の区分		<input type="checkbox"/> ア. 閲覧 <input type="checkbox"/> イ. 複写 (紙) <input type="checkbox"/> ウ. 複写 (CD-R) <input type="checkbox"/> エ. 要約書の交付 ア・イ・ウに合わせて口頭での説明 (要・不要)	
3. 申請者が患者本人以外の 場合 患者本人の氏名等		患者本人の氏名 患者本人の住所 及び電話番号 患者本人との続柄 <input type="checkbox"/> 1. 法定代理人 <input type="checkbox"/> 2. 実質的に患者の世話をしている親族又はそれ に準ずる者	
※ 事務局 処理欄	申請者本人 確認欄	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ()	
	申請者資格 確認欄	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> その他 ()	
※ 備 考			

- 《注》 1. 「申請に係る診療記録の内容」欄は、提供の申請をしようとする診療記録が特定できるよう具体的に記入してください。
2. 「提供の区分」が「イ.複写」の場合は、希望する媒体（紙・CD-R）のどちらかを選択してください。ただし、データ化できないものについては紙での提供になります。
3. ※欄には、記入しないでください。

注:保険会社等の受付印がある申請書は当院では受付できません。