第１号様式（要綱 第29条第１項）

診　療　情　報　提　供　請　求　書

|  |
| --- |
| 　　　年　　　月　　　日 |

横浜市立脳卒中・神経脊椎センター病院長

|  |
| --- |
| 請求者　住　所　　　　　　　　電　話 |

　次のとおり、診療情報の提供を請求します。

|  |  |
| --- | --- |
| １　請求する診療情報の内容 |  |
|
| ２　提供の区分 | 　□　閲覧　　　□　写しの交付（有料）　□　その他（　　　　　　　　　　　　　） |
|
|
|
| ３　患者さん本人以外からの　請求に係る患者本人氏名等 | 患者さん本人の氏名 |  |
| 患者さん本人との関係 |  |
| 患者さん本人の住所 及び電話番号 |  |
|
| 事務局処理欄 | 請求者本人確認欄（有効期限内の原本） | 　□　運転免許証　　　□　旅券　　　　□　健康保険被保険者証　□　個人番号カード　□　その他（　　　　　　　　　　　） |
|
| 請求者資格確認欄（請求日時点から３か月以内に作成されたもの） | 　□　戸籍全部事項証明書（謄本）、住民票記載事項証明　□　その他（　　　　　　　　　　　） |
|
|
| 備　　考 |  | 受付欄 |  |

注１　太枠の中をご記入ください。

注２　法定代理人による請求の場合は、請求者ご自身であることを証明する書類に加え、当該患者さんの代理

　　である資格を有することを証明する書類を提出又は提示してください。

注３　患者さん本人以外の請求の場合は、当該患者さんが未成年者の場合又は死亡した場合を除き、患者さん

　　本人の同意書又は委任状（様式任意）を提出してください。

注４　患者さん本人が自ら判断を下すことが困難な場合は、配偶者、親権者及び患者さんを被扶養者として扶

　　養している方が請求できます。