

佐賀大学医学部附属病院長 殿

診療情報の提供を受けたいので、次のとおり申請します。

1	申請者住所 〒		電話 ( ) -		
	(ふりがな) 申請者氏名	自署又は押印 印	生年月日 年 月 日( 才)		
	患者との関係 本人・親権者・未成年後見人・成年後見人・親族・任意代理人・任意後見人・遺族・( )				
2	・申請者と患者が異なる場合のみ記入 ・患者が未成年で、親権者又は未成年後見人が申請する場合、患者が満15歳以上ならば原則として患者の自署又は押印が必要です				
	患者住所 〒		電話 ( ) -		
	(ふりがな) 患者氏名		生年月日 年 月 日( 才)		
3	情報提供を希望する理由 (差支えなければ記入ください)				
4	情報提供の希望内容	<input type="checkbox"/> 診療録(カルテ)(入院・外来)	年 月 日	～	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 処方箋(入院・外来)	年 月 日	～	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 検査記録(入院・外来)	年 月 日	～	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 画像(入院・外来)	年 月 日	～	年 月 日
		<input type="checkbox"/> ( ) (入院・外来)	年 月 日	～	年 月 日
	診療科名				
情報提供を受ける方法	【方法】 <input type="checkbox"/> 写し <input type="checkbox"/> 閲覧(希望日 年 月 日 時) 【写しの受取方法】 <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送(申請者住所あて着払)				
5	同意事項	<input type="checkbox"/> 部分提供又は不提供の可能性があります。 <input type="checkbox"/> 複写費用は申請者の負担となります。 <input type="checkbox"/> 提供当日、本人確認書類(運転免許証等)を持参ください。			
6	備考				

以下の添付資料を添えてください。

- 申請者の本人確認書類(運転免許証等)の写し
- 患者以外が申請する場合: 患者との関係を証明するもの

- ・親権者又は未成年後見人: 戸籍全部事項証明書(戸籍謄本)の写し(未成年後見人の場合は、後見に関する登記事項証明書)
- ・診療契約に関する代理権が付与されている任意後見人: 後見に関する登記事項証明書の写し
- ・診療情報の提供に関する代理権が付与されている親族又はこれに準ずる者: 戸籍全部事項証明書(戸籍謄本)の写し、委任状(様式2)
- ・診療情報の提供に関する代理権が付与されている任意代理人(保険会社、弁護士及び弁護士法人など代理権を付与されることが法律上認められている者に限る): 委任状(様式2)、本人確認書類が社員証の場合は併せて公的な本人確認書類の写しを添える
- ・成年後見人又は実質的に患者本人の世話をしている親族若しくはこれに準ずる者: 戸籍全部事項証明書(戸籍謄本)等の写し(内縁者は住民票謄本の写し、成年後見人は後見に関する登記事項証明書の写し)
- ・患者の遺族(患者の法定相続人又はこれに準ずる者): 戸籍全部事項証明書(戸籍謄本)等の写し(内縁者は住民票謄本の写し、特別縁故者は家庭裁判所の審判書の写し)
- ・遺族の法定代理人: 患者と遺族の関係がわかる戸籍全部事項証明書(戸籍謄本)等の写し、遺族と法定代理人の関係がわかる公的書類(戸籍全部事項証明書(戸籍謄本)、後見に関する登記事項証明書等)の写し
- ・遺族の任意代理人(保険会社、弁護士及び弁護士法人など代理権を付与されることが法律上認められている者に限る): 遺族の委任状、遺族と患者との関係がわかる公的書類(戸籍全部事項証明書(戸籍謄本)等)の写し、本人確認書類が社員証の場合は併せて公的な本人確認書類の写しを添える

<p>【用語について】 法定代理人: 親権者、成年後見人、未成年後見人          診療録: 医師が記載した記録(カルテ)      検査記録: 採血結果や生理検査等の記録          処方箋: 処方した薬剤の記載                  画像: X線、CT、MRI等の画像記録</p>
--

※閲覧希望の方で、医師による説明が必要な場合は、別途お申し出ください。

佐賀大学医学部附属病院長 殿

親族が代理として申請する場合を例にしています。

診療情報の提供を受けたいので、次のとおり申請します。

1	申請者住所 〒×××-×××× 〇〇県〇〇市××町〇-〇		電話 ( 090 ) ×× - ××××	
	(ふりがな) さだい たろう 申請者氏名 佐 大 太 郎	自署又は押印 印	生年月日 19××年 ×月 ×日 (××才)	
	患者との関係 本人・親権者・未成年後見人・成年後見人・親族・任意代理人・任意後見人・遺族・( )			
2	・申請者と患者が異なる場合のみ記入 ・患者が未成年で、親権者又は未成年後見人が申請する場合、患者が満15歳以上ならば原則として患者の自署又は押印が必要です			
	患者住所 〒×××-×××× 〇〇県〇〇市××町〇-〇		電話 ( 09×× ) ×× - ××××	
	(ふりがな) さだい はなこ 患者氏名 佐 大 花 子	生年月日 19××年 ×月 ×日 (××才)		
3	情報提供を希望する理由 (差支えなければ記入ください)			
4	情報提供の希望内容	<input checked="" type="checkbox"/> 診療録 (カルテ) (入院・外来) 20××年4月1日～ 20××年7月31日		
		<input type="checkbox"/> 処方箋 (入院・外来)	年 月 日～ 年 月 日	
		<input type="checkbox"/> 検査記録 (入院・外来)	年 月 日～ 年 月 日	
		<input type="checkbox"/> 画像 (入院・外来)	年 月 日～ 年 月 日	
		<input type="checkbox"/> ( ) (入院・外来)	年 月 日～ 年 月 日	
	診療科名	〇〇科、××科、△△科		
	情報提供を受ける方法	【方法】 <input checked="" type="checkbox"/> 写し <input type="checkbox"/> 閲覧 (希望日 年 月 日 時) 【写しの受取方法】 <input type="checkbox"/> 窓口 <input checked="" type="checkbox"/> 郵送 (申請者住所あて着払)		
5	同意事項	<input checked="" type="checkbox"/> 部分提供又は不提供の可能性があります。 <input checked="" type="checkbox"/> 複写費用は申請者の負担となります。 <input checked="" type="checkbox"/> 提供当日、本人確認書類 (運転免許証等) を持参ください。		
6	備考			

以下の添付資料を添えてください。

- 申請者の本人確認書類 (運転免許証等) の写し
- 患者以外が申請する場合：患者との関係を証明するもの

- ・親権者又は未成年後見人：戸籍全部事項証明書 (戸籍謄本) の写し (未成年後見人の場合は、後見に関する登記事項証明書)
- ・診療契約に関する代理権が付与されている任意後見人：後見に関する登記事項証明書の写し
- ・診療情報の提供に関する代理権が付与されている親族又はこれに準ずる者：戸籍全部事項証明書 (戸籍謄本) の写し、委任状 (様式2)
- ・診療情報の提供に関する代理権が付与されている任意代理人 (保険会社、弁護士及び弁護士法人など代理権を付与されることが法律上認められている者に限る)：委任状 (様式2)、本人確認書類が社員証の場合は併せて公的な本人確認書類の写しを添える
- ・成年後見人又は実質的に患者本人の世話をしている親族若しくはこれに準ずる者：戸籍全部事項証明書 (戸籍謄本) 等の写し (内縁者は住民票謄本の写し、成年後見人は後見に関する登記事項証明書の写し)
- ・患者の遺族 (患者の法定相続人又はこれに準ずる者)：戸籍全部事項証明書 (戸籍謄本) 等の写し (内縁者は住民票謄本の写し、特別縁故者は家庭裁判所の審判書の写し)
- ・遺族の法定代理人：患者と遺族の関係がわかる戸籍全部事項証明書 (戸籍謄本) 等の写し、遺族と法定代理人の関係がわかる公的書類 (戸籍全部事項証明書 (戸籍謄本)、後見に関する登記事項証明書等) の写し
- ・遺族の任意代理人 (保険会社、弁護士及び弁護士法人など代理権を付与されることが法律上認められている者に限る)：遺族の委任状、遺族と患者との関係がわかる公的書類 (戸籍全部事項証明書 (戸籍謄本) 等) の写し、本人確認書類が社員証の場合は併せて公的な本人確認書類の写しを添える

【用語について】 法定代理人：親権者、成年後見人、未成年後見人  
 診療録：医師が記載した記録 (カルテ) 検査記録：採血結果や生理検査等の記録  
 処方箋：処方した薬剤の記載 画像：X線、CT、MRI等の画像記録

※閲覧希望の方で、医師による説明が必要な場合は、別途お申し出ください。