

診療情報提供依頼書

令和 年 月 日

(あて先)  
小 松 市 長

請求者 住 所  
氏 名  
電話番号 印

次のとおり診療情報の提供を依頼します。

請求内容の区分		1. 閲覧 2. 閲覧後に写しの交付 3. 写しの交付 4. 要約書の交付
提供を希望する診療情報の内容	(ふりがな) 患者の氏名	
	患者の生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
	患者の住所	
	区 分	1. 入院 2. 外来
	期 間	平成・令和 年 月 日～平成・令和 年 月 日
	診 療 科	
	診療情報の種類	1. 診療録 2. 看護記録 3. 処方箋 4. 検査記録 5. X線写真 6. その他 ( )
患者との関係	(続き柄等)	(1) 父母、配偶者又は子 (未成年者若しくは成年後見人である場合は、法定代理人若しくは成年後見人) (2) 遺族、その他法定代理人又は成年後見人から委任を受けた弁護士 (3) 市長が特別の理由があると認めた者

注 1) 依頼の際には、依頼者本人であることを確認するために必要な書類（運転免許証、旅券、健康保険証、国民年金手帳など）を提示してください。

注 2) 法定代理人が請求する場合は、上記書類のほか、資格を確認するために必要な書類（戸籍謄本、住民票など）を提出、又は提示してください。なお、本人が 15 歳以上の未成年者の場合は、本人の同意書を提出してください。また、親族又は弁護士が請求する場合は、本人の委任状を提出してください。

注 3) 患者本人の判断能力に疑義があり委任状の記入ができない場合は、かかりつけ医の診断書を提出してください。

事務局 記載欄	請求者確認欄	1. 運転免許証 2. 旅券 3. 健康保険証 4. 身分証明書 5. その他 ( )
	請求者資格確認欄	1. 戸籍謄本 (抄本) 2. 住民票 3. 同意書 4. 委任状 5. その他 ( )
	備 考 (提供希望日)	

# 委任状

小松市民病院 院長宛

私は、

(氏名)

(住所)

を代理人として、次の事項を委任します。

## 記

私に関する診療記録等の開示・閲覧・謄写などを申請し、写しなどの交付を受ける件

令和 年 月 日

委任者・本人 \_\_\_\_\_ 印

(注)

代理人は委任状のほかに、代理人自身であることを証する書類、免許証、パスポート、写真付き身分証明書などを提出してください。