

診療情報提供申請書

記入日 令和 年 月 日

神戸大学医学部附属病院長 殿

住所 〒 Tel ()

(ふりがな)		生年月日	
患者氏名	印 (注)	年	月 日
ID (診察券) 番号	(申請方法)	(受取方法)	
	来院・郵送	来院・郵送 ()・未定	

下記のとおり、診察に関する情報の提供を受けたいので申請いたします。

診療情報 の内容	診療 科 名	全診療科		
		内科系 総合内科 循環器内科 腎臓内科 呼吸器内科 膠原病リウマチ内科 消化器内科 糖尿病・内分泌内科 脳神経内科 腫瘍・血液内科 血液内科 感染症内科 放射線診断・IVR 科 放射線腫瘍科 小児科 皮膚科 精神科神経科 緩和支援治療科 その他 ()		
		外科系 食道胃腸外科 肝胆膵外科 乳腺内分泌外科 心臓血管外科 呼吸器外科 小児外科 整形外科 脳神経外科 眼科 耳鼻咽喉・頭頸部外科 泌尿器科 産科婦人科 形成外科・美容外科 麻酔科 歯科口腔外科 救命救急科 病理診断科 リハビリテーション科 その他 ()		
	期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで (初回記録日・入院日・() から (最終記録日・退院日・())		
	種 類	1. 全部 2. 全部 (画像除く) 3. 一部 一部の場合、 希望する右の情報に ○をつけて下さい。	◇診療録：全部・SOAP・SOAP (オーダ・ICU 経過記録を除く)・患者基本情報 ・病名歴・手術記録・退院時要約 (サマリ)・スキャン・文書・当院からの紹介状 ・その他 () ◇検査：全部・検体・細菌・生理 (心電図・呼吸・脳波・超音波・筋電図) ・検査結果報告書 (MRI・CT・PET・内視鏡・病理)・その他 () ◇看護記録：全部・看護サマリ・オーバービュー・その他 () ◇画像：全部・放射線画像・生理画像・その他 ()	
方 法	コピー・	備 考		

患者さん本人以外の方が申請する場合の記入欄

代理人 (患者さん本人 が申請する場 合は不要)	住所 〒
	Tel ()
	(ふりがな) 患者さんとの関係 氏名 印
	生年月日 年 月 日
代理人申請の理由	
備考	

(注) 申請の際には、患者本人又は代理人であることを確認するために必要な書類をご提示願います。
また、患者本人又は家族または法定代理人による郵送申請の場合は、実印を押印いただき、印鑑登録証明書 (3ヶ月以内原本) をご提出願います。