

診療記録の第三者提供依頼書

年 月 日

地方独立行政法人加古川市民病院機構
加古川中央市民病院
院長 平田 健一 様

(依頼者)

※法人の場合は社名及び担当者名

氏 名

住 所

電話番号

加古川中央市民病院診療記録の開示等及び第三者提供に関する取扱要綱第37条第1項の規定により、下記のとおり診療記録の提供を依頼します。

なお、第三者提供を受けた際は、遵守事項に従うとともに、所定の費用をお支払いいたします。

1. 必要とする診療記録について具体的に対象者及び内容を特定してください。

(フリガナ) (診察券番号)

患者氏名 (西暦 年 月 日生)

〒

住 所 電話番号() -

対象診療科 入院・外来

対象期間 西暦 年 月 日 ~ 年 月 日

2. 診療記録の提供を受ける理由及び利用目的

3. 添付書類

※第三者提供に係る同意書

4. 提供の方法

(1) 写しの交付 (2) 閲覧 (3) その他()

遵守事項

- 1 提供を受けた個人データ(以下「提供個人データ」という。)は、利用目的以外には利用しません。
- 2 提供個人データの複写及び無断転用はしません。
- 3 提供個人データの取扱いに関して事故等が発生した場合は、直ちに病院に報告し、指示に従います。