

年 月 日

カルテ等診療情報提供取扱回答書

様

病院長

年 月 日付けで受け付けた診療情報の提供申し出に対して、
次のとおり取り扱うことにしましたので通知します。

| | | |
|-----------------------|--------------------------------|-----------------|
| 1 提供取扱の種類 | 全部提供 一部提供 非提供 | |
| 2 申し出にかかる 診療情報の内容 | | |
| 3 診療情報の提供の 日時及び場所 | 日時 | 年 月 日 午前・午後 時 分 |
| | 場所 | |
| 4 提供しない場合の 理由とその範囲 | | |
| 5 連絡先 | 大腸肛門病センター高野病院 医療情報センター 電話番号 | |
| 6 備考 | | |

注 当日は、この回答書と申出者本人であることを証明する書類を持参してください。また、
上記の日時においでになれない場合は、事前に電話等で医療情報センターまで連絡してください。
(全部提供及び一部提供の場合)