

飯塚市立病院 画像提供依頼申請書

受付日:令和 年 月 日

依頼者	続柄:ご本人・ご家族(続柄: )・その他( )		
	申請者名:		
患者ID		性別	
フリガナ		男 ・ 女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( )歳
患者氏名			
患者住所	〒		
電話番号	( )- -		

※依頼者が本人以外の場合は、患者本人の同意書が必要です。下記にご記入下さい。

同意書			
私は( )に私の診療情報(画像)を開示することについて 同意いたします。			
			令和 年 月 日
			患者氏名: 印

問い合わせ先

公益社団法人 地域医療振興協会 飯塚市立病院

TEL : 0948-22-2980

〒820-0088 福岡県飯塚市弁分633-1

飯塚市立病院 画像提供依頼申請書

見本

受付日:令和 年 月 日

依頼者	続柄:ご本人・ご家族(続柄: )・ <u>その他</u> ( 会社名 )		
	申請者名:担当者のお名前		
患者ID		性別	年 月 日
フリガナ		男	大正・昭和・平成・令和
患者氏名	患者さまの情報をご記入下さい ※代理人の方でも構いません	・ 女	年 月 日 ( ) 歳
患者住所	〒		
電話番号			

※依頼者が本人以外の場合は、患者本人の同意書が必要です。下記にご記入下さい。

同意書欄は記載しなくて結構です。	同意書
私は( )に私の診療情報(画像)を開示することについて 同意いたします。	
令和 年 月 日	
患者氏名:	印

問い合わせ先

公益社団法人 地域医療振興協会 飯塚市立病院

TEL : 0948-22-2980

〒820-0088 福岡県飯塚市弁分633-1

飯塚市立病院 画像提供依頼申請書

見本

受付日:令和 年 月 日

依頼者	続柄(ご本人・ご家族(続柄: )・その他( ) )		
	申請者名:		
患者ID		性別	年 月 日
フリガナ		男	大正・昭和・平成・令和
患者氏名	※黒枠内の記入をお願いします	・	年 月 日
		女	( ) 歳
患者住所	〒		
電話番号			

※依頼者が本人以外の場合は、患者本人の同意書が必要です。下記にご記入下さい。

同意書欄は記載しなくて結構です。	同意書
私は( )に私の診療情報(画像)を開示することについて	
同意いたします。	
	令和 年 月 日
患者氏名:	印

問い合わせ先

公益社団法人 地域医療振興協会 飯塚市立病院

TEL:0948-22-2980

〒820-0088 福岡県飯塚市弁分633-1