

# 岡崎市民病院診療情報閲覧申込書

記入日： 年 月 日

申込施設名： \_\_\_\_\_

申込者氏名： \_\_\_\_\_

## 1. 閲覧を希望する諸記録

紹介患者の診療記録

I. D .	
患者名	
主治医名	

共同利用実績

救急医療の提供実績

地域の医療従事者の資質向上を図るための研修実績

閲覧の実績

患者紹介の実績

その他

2. 閲覧日時： 令和 月 日 午前・午後 時 分から

3. 閲覧目的：

4. 閲覧場所： 閲覧は岡崎市民病院にお越しただいてのみ閲覧可能です。

送信先： 岡崎市民病院 地域医療連携室  
TEL 0564 - 66 - 7410  
FAX 0564 - 66 - 7499  
E-mail: chiikiiryous@city.okazaki.lg.jp