

診療情報開示請求書

健和会大手町病院 院長 殿

年 月 日

申請者の氏名 _____ 印 _____
患者との関係 _____
住 所 _____
電話番号 _____ - _____

次のとおり診療情報の開示を請求いたします。

診察券番号	
(ふりがな) 患者氏名	
生年月日	明・大 昭・平 年 月 日生
患者の住所 電話番号	電話番号 - -
開示を求める期間	年 月 日 ~ 年 月 日
希望する開示方法 *	1 閲覧 2 口頭による説明 3 複写
開示を申請する 診療諸記録の種類 *	診療録【 外来 (科) ・ 入院 】 画像データ ・ 検査結果

- 注1 *は該当するものを○で囲んでください。
注2 請求の際には、請求者本人であることを確認するために必要な書類（運転免許証、旅券、保険証など）を提示してください。
注3 患者の親族又は、代理人からの請求の場合は患者本人の委任状が必要です。
注4 意志表示ができない患者の親族または遺族からの請求は、3親等以内であることを証明できるもの（戸籍謄本など）を提出してください。
注5 閲覧日については、後日こちらから連絡いたしますが、約2週間前後の期間を要しますのでご了承ください。

以下の欄は記入する必要はありません。

申請者の確認方法	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他()
備考	

病院事務局 (病院三役)	診療情報管理委員会事務局	開示
年 月 日	年 月 日	年 月 日