

# 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 ※自署は押印不要

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・令 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 *	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 口頭による説明 <input type="checkbox"/> 複写
開示を申請する 診療諸記録の種類 *	<input type="checkbox"/> 診療録【 外来・入院 】 <input type="checkbox"/> 画像 CD-R(レントゲン・CT・MRI) <input type="checkbox"/> 画像読影結果(CT・MRI) <input type="checkbox"/> エコー画像 CD-R <input type="checkbox"/> その他( )

注1 \*は該当するものを☑及び○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、マイナンバーカード、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。

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