

# 診療情報の開示申込書

病院長 殿

1 申請に係る 診療情報の内容			
2 提供の区分	(1) 閲覧 (2) 口頭による説明 (3) 複写 (4) 要約書の交付		
3 患者本人の氏名等 (患者本人以外が申請する場合)	患者本人の氏名		
	患者本人の住所 〒 _____ 及び電話番号  TEL _____		
	患者本人との続柄		
※ 事務局 処理欄	申請者本人 確認欄	(1) 運転免許証 (2) パスポート (3) 健康保険証 (4) その他 ( _____ )	
	申請者資格 確認欄	(1) 戸籍謄本 (2) その他 ( _____ )	
4 閲覧希望日 (複写のみ希望の場合は記入不要)	第一希望	_____	月 日 午前・午後
	第二希望	_____	月 日 午前・午後
	第三希望	_____	月 日 午前・午後
	特に希望なし		
《注》 1 「申請に係る診療情報の内容」欄は、開示の申請をしようとする診療情報が特定できるよう具体的に記入してください。 2 ※欄には記入しないでください。			

私は、上記の通り、診療記録等の開示を希望します。

西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

申請者 氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
住所 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

## (本人同意書)

私は、上記の通り、申請者 \_\_\_\_\_ に対して、私の診療記録等が開示されることに同意します。

患者本人 (自筆) \_\_\_\_\_

受付	管理者の決済			主治医の意見			費用		確認
	開示	保留	開示不可	同意	不同意	立会い	不要	領収済	
月	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	月
日	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	日