

診療情報開示申請書

申請日：西暦 年 月 日

瀏野辺総合病院 病院長 殿

私は下記の通り申請いたします。(太枠の記入をお願いします)

申請者

氏名	
住所	
電話番号	

○希望する開示内容の記入をお願いします。

開示を希望する内容に○を付けてください。	診察日、部位等の詳細
診療記録 (カルテ)	例) 2021/1/1~1/31 間の記録すべて
医師記録	
検査記録・検査報告書	
検査画像 (CD)	
看護記録	
その他記録	

○本人以外の申請の場合は、下記の記入をお願いします。

患者氏名		生年月日	西暦	年	月	日
患者本人との関係	配偶者 ・ 親 ・ 子 ・ 代理人 ・ その他 ()					

○差し支えなければ申請理由の記入をお願いします。

他院での診察に利用 ・ 病院以外への提出資料として利用 ・ その他 ()

* 担当者記入欄

受付者

患者 ID	
申請者本人確認欄	運転免許証 ・ マイナンバーカード ・ パスポート ・ 健康保険証 その他 ()
申請者資格確認欄	戸籍謄本 ・ その他 ()
備考	

* 開示承認欄

開示の可否	年月日	氏名
可 ・ 否	年 月 日	
可 ・ 否	年 月 日	
可 ・ 否	年 月 日	
可 ・ 否	年 月 日	
可 ・ 否	年 月 日	
可 ・ 否	年 月 日	