

診療情報・診療記録開示申請書

医療法人社団 我汝会 えにわ病院
 院長 百 町 貴 彦 殿

私は、次のとおり、診療に関する記録等の開示を申請します。

【申請者】 申請日 年 月 日

申請者氏名		生年月日	年	月	日
住所	〒				
電話番号	— —				

1. 患者本人の氏名

診察券番号					
患者氏名	ふりがな	生年月日	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 申請者本人				
電話番号	— —				

2. 患者本人との続柄(☑をお願いします)

<input type="checkbox"/> 患者本人	<input type="checkbox"/> 患者の親族 患者からみて()
<input type="checkbox"/> 任意成年後見人	<input type="checkbox"/> 法定成年後見人 <input type="checkbox"/> 未成年後見人
<input type="checkbox"/> 弁護士	<input type="checkbox"/> 保険会社・委託会社
<input type="checkbox"/> その他()	

3. 開示を申請する記録(診療科に☑、診療記録の内容の記載をお願いします)

診療科	<input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 内科
診療記録の内容	

4. 開示方法

診療録等	<input type="checkbox"/> :CD-R	<input type="checkbox"/> :コピー用紙
画像	<input type="checkbox"/> :CD-R	<input type="checkbox"/> :光沢紙 <input type="checkbox"/> :フィルム
生理検査記録	<input type="checkbox"/> :CD-R	<input type="checkbox"/> :コピー用紙
説明	<input type="checkbox"/> :口頭による説明	<input type="checkbox"/> :説明文書の交付

5. 必要書類、身分証明書等

別紙2「申請者と必要書類・証明書等」を参照ください。

【病院使用欄】

患者本人	写真付き1点 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート
	写真なし2点 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他()
患者本人以外	<input type="checkbox"/> 身分証明書 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書
	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> その他()
担当者	受付日 西暦 年 月 日 終了日 西暦 年 月 日