

診療情報開示申請書

水島協同病院 病院長 殿

みずしま協同クリニック 所長 殿

◇開示を希望する患者

フリガナ		患者 ID
患者氏名		
生年月日	明示 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成	年 月 日生

◇開示を希望する記録（※複写は実費必要です）

[illegible]

◆申請者

フリガナ	
申請者氏名	
患者との関係	1、本人 2、親族（ ） 3、その他（ ）
申請者住所	〒 電話番号（ ） -----
私は、上記のとおり、診療情報の提供を希望します。 年 月 日	

本人同意（申請者が患者本人の場合は記入不要）

私は、上記のとおり、申請者_____に対して、私の診療記録が開示されることに同意します

患者本人（自筆）_____

◇当院使用欄

受付日	年	月	日	受付者	
資格確認 (コピー保管)	申請者本人	☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ マイナンバーカード ☐ 資格認定書 ☐ その他()			
	患者との関係	☐ 戸籍謄本 ☐ その他() ※患者本人の場合記入不要			
開示承認	院長印 年 月 日			看護部長印 年 月 日	
開示(決定日)	年 月 日				
	個人情報開示担当者： 個人情報保護管理責任者：				
提供方法	閲覧 ・ ☐ 口頭 ・ 複写 ・ 非提供				
複写実費	用紙 枚 円、フィルム 枚 円、CD 枚 円				
提供実施日	年 月 日				
閲覧・口頭の場合の対応者(医師等)					