

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）

		提供方法
診療記録 ・希望する期間または診察日 ・希望する診療科 ・希望する記録 全ての記録、医師・看護記録 検査所見 等		口頭 閲覧 複写
画像等 検査記録 ・希望する検査記録と検査日 CT、MRI、CR、エコー 等		口頭 閲覧 複写
実施希望日	第一希望	年 月 日 曜日 時
	第二希望	年 月 日 曜日 時
患者の状況 ※患者本人の場合は記入不要	1、未成年 2、その他（ ）	

◇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	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	患者との関係	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> その他（ ） ※患者本人の場合記入不要	
開示承認	院長印	看護部長印	
開示（決定日）	年 月 日	年 月 日	
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）			