

診療情報開示申請書

申請日 年 月 日

イムス記念病院 病院長 殿

○患者氏名

フリガナ

氏名:

住所:

生年月日: 年 月 日

電話番号:

下記の通り、私自身の診療に関する情報の開示を受けたいので申請します。

記

情報の開示を受けたい内容	診療科					
	診療録	入院	年	月	日	～ 年 月 日
		外来	年	月	日	～ 年 月 日
	画像記録		年	月	日	～ 年 月 日
	検査記録		年	月	日	～ 年 月 日
	その他 ()		年	月	日	～ 年 月 日
※代理人が申請する場合	フリガナ		患者との関係			
	代理人氏名		生年月日		年 月 日	
	住所					
	電話番号					
本人同意書	私は、代理人_____に対して診療情報を提供することに同意します。					
	患者氏名_____ (署名または記名押印)					
開示方法	1 謄本		2 閲覧		3 その他 ()	

【病院記入欄】 ※下記は記入不要です。

本人確認	<input type="checkbox"/> 診察券	<input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> パスポート		
	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本	<input type="checkbox"/> 同意書・委任状	<input type="checkbox"/> その他 ()			
ID	病院長	看護部長	事務長	担当医	医事課責任者	担当
備考						