

診療情報開示申請書【記入例】

(様式1号) (担当医・病歴・申請者)

診療情報開示申請書

イムス記念病院 病院長 殿

①申請日

この紙を記入された日をお願いします。

1 申請日 年 月 日

②

○患者氏名

フリガナ

キネン タロウ

氏 名:

記念 太郎

住 所:

東京都板橋区常盤台4-25-5

生年月日:

昭和42年 11月 1日

電話番号:

03-3932-9181

②患者氏名

患者様の情報をご記入願います。

③情報の開示を受けたい内容

各記録の開示を受けたい内容について、**診療科と日付範囲の記入**をお願いします。
希望が無い場合は、斜線を引いてください。

3 情報の開示を受けたい内容

診療科	ご希望の診療科名 or 全診療科			
診療録	入院	平成16年 12月 1日	～	平成16年 12月 15日
	外来	平成16年 12月 20日	～	平成31年 2月 28日
画像記録		平成16年 12月 20日	～	平成31年 2月 28日
検査記録		平成16年 12月 20日	～	平成31年 2月 28日
その他 ()		年 月 日	～	年 月 日

4 ※代理人が申請する場合

フリガナ	キネン ハナコ	患者との関係	母
代理人氏名	記念 花子	生年月日	昭和20年 8月 15日
住 所	東京都板橋区常盤台4-25-5		
電話番号	03-3932-9181		

5 本人同意書

私は、代理人 <u>記念 花子</u> 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	<u>記念 太郎</u>
(署名または記名押印)			

【病院記入欄】 ※下 は記入不要です。

本人確認	☐ 患者券	☐ 健康保険被保険者証	☐
	☐ 同意書・委任状	☐	☐
	看護部長	事務長	担当
備考			

⑤開示方法

希望の開示方法に○を付けてください。

④※代理人が申請する場合、本人同意書

申請者がご本人様でない場合は、**記入をお願いします。**
ご本人様の場合は、斜線をお願いします。