

診療記録の開示申出書

令和 年 月 日

長崎県島原病院長 様

〒

住 所 _____

(ふりがな)

申出者 氏 名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 性別 男・女

電話番号 _____

次のとおり、診療記録の開示を申し出ます。

1 開示を求める 診療記録	
2 開示の区分	(1) 閲覧 (2) 写しの交付 (3) <u>要約書の交付</u> (4) <u>口頭による説明</u>
3 申出者が患者 本人以外の 場 合	(1) 患者の氏名及び生年月日 (ふりがな) 氏 名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 性別 男・女 (2) 患者の住所及び電話番号 住 所 _____ 電話番号 _____ (3) 申出者と患者本人との関係及びそれを証する書類
4 <u>開示を求める</u> <u>診療科</u>	
5 <u>開 示 の</u> <u>希 望 日 時</u>	

(注)「開示を求める診療記録」欄は、申し出する診療記録が特定できるように具体的に記入してください。

また、以下の「事務局処理欄」は記入しないでください。

なお、都合により、希望にそえない場合もあります。

事務局 処理欄	申出者本人確認欄	(1) 運転免許証 (2) 旅券 (3) 健康保険証 (4) その他 ()
	申出者資格確認欄	(1) 戸籍謄本 (2) 健康保険証 (3) 証明書 (4) その他 ()
	備 考	