

診療記録の開示申出書

令和元年5月1日

長崎県島原病院長 様

申出日を記入

〒 000-0000

住 所 長崎市000000

(ふりがな) 〇〇ほけんがいしゃ やまだ たろう

申出者 氏 名 〇〇保険会社 山田 太郎

生年月日 S45 年 12 月 1 日 性別 男・女

電話番号 0958-0000

会社名+担当者氏名をご記入下さい

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	<ul style="list-style-type: none"> ・ H29. 8/1~9/30 までの入院中の画像・診療録全て ・ H30. 4. 3 採血の検査結果 など
2 開示の区分	(1) 閲覧 (2) 写しの交付 (3) 要約書の交付 (4) 口頭による説明
3 申出者が患者 本人以外の 場 合	<p>(1) 患者の氏名及び生年月日 (ふりがな) びょういん たろう 氏 名 病院 太郎 生年月日 H18 年 1 月 1 日 性別 男・女</p> <p>(2) 患者の住所及び電話番号 住 所 島原市下川尻町 7895 番地 電話番号 0957-63-1145</p> <p>(3) 申出者と患者本人との関係及びそれを証する書類 同意書 依頼書</p>
4 開示を求める 診療科	内科
5 開 示 の 希 望 日 時	

具体的にご記入お願いします

(2) 写しの交付
に〇をお願いします

該当する患者様の
情報をご記入して
下さい。

分からない場合は不要です。

お急ぎの場合は、ご記入ください。
ただし、ご期待にそえないこともあ
ります。

(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
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	