

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

〒 855-0861

住 所 島原市下川尻町 7895 番地

(ふりがな)

申出者 氏 名 病院 花子

生年月日 S45 年 12 月 1 日 性別 男・女

電話番号 0957-63-1145

患者本人記入 (もしくは、親族・遺族)

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"> <li>・ H29.8/1~9/30 までの入院中の画像・診療録全て</li> <li>・ H30.4.3 採血の検査結果 など</li> </ul>
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 息子 戸籍謄本</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○をお願いします

親族・遺族が申し出  
の場合のみ記入し  
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	