

診療情報開示の請求書

田川新生病院 院長殿

開示を受けようとする患者様	(フリガナ)	
	患者様氏名	
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
提供を希望する記録 (○で囲んで下さい)	診療記録(入院時・外来時)、検査記録、画像記録、その他( )	
	入院時・外来時	
提供方法(○で囲んで下さい)	1. 閲覧 2. その他( )	
患者様の状況(○で囲んで下さい) (患者様ご本人の場合は記入不要)	1. 未成年 2. その他( )	

請求者

(氏名) \_\_\_\_\_ 印

(患者様との関係) 1. 本人 2. 親族(続柄 \_\_\_\_\_) 3. その他( \_\_\_\_\_)

〒 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

(住所) \_\_\_\_\_

私は、上記のとおり、診療情報の提供を希望します。 令和 年 月 日

(本人同意書)

私は、上記のとおり、請求者である \_\_\_\_\_ に対して、私の診療情報が提供されることに同意します。

患者本人(自筆) \_\_\_\_\_ 印

(当院使用欄)

コピー済み

・患者様本人資格確認

運転免許証 印鑑証明書 健康保険証 パスポート マイナンバーカード その他

・患者様以外

(患者様本人の場合は記入不要)

患者様との関係:住民票 戸籍謄本 その他( \_\_\_\_\_ )

提供方法 : 写しの交付 ・ その他( \_\_\_\_\_ )

提供実施日: 令和 年 月 日

担当医師 : \_\_\_\_\_ (診療科)

同席者 : 有 ・ 無 (氏名) \_\_\_\_\_

備考

受付	院長	担当医

受取人氏名

令和1年5月 診療情報管理室