

# 診療情報開示申請書

年 月 日

医療法人社団 新東京石心会

横浜石心会病院 院長 殿

患者様氏名				患者番号				
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			年	月	日	生	
ご住所	〒							
電話番号	- - -		携帯電話	- - -				
開示希望 (該当番号、閲 覧・謄写の欄に ○を記入)	情報の種類		期間・部位等			閲覧	謄写	
	1	診療録						
	2	看護記録						
	3	処方箋						
	4	検査記録						
	5	検査結果報告書						
	6	エックス線写真等						
	7							
面談・作成	<input type="checkbox"/> 医師による説明 <input type="checkbox"/> 要約書交付							
申請理由								

私は、身分証明書 (運転免許証 パスポート 健康保険証 その他 \_\_\_\_\_ )  
を添え、上記の通り診療情報の開示を申請します。

申請者 (自署) \_\_\_\_\_

## ※申請者が患者様以外の場合

加えて下記の記入と、書類のご提出をお願い致します。

・資格 法定代理人 現実に患者さんの世話をを行っている親族、 その他 ( )  
またはそれに準ずる者 (続柄 : )

・住所 〒 \_\_\_\_\_

・電話番号 ( - - - )

・書類 戸籍謄本 委任状または同意書

受領	作成	院長	事務長	診療録管理委員会	主治医	診療情報管理室	受付
月 日							月 日