

# 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<br>(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 |
|                             | 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 |