

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。 平成 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 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(_____)

実施希望日 : 第一希望 平成 年 月 日 時 ~ 時
 第二希望 平成 年 月 日 時 ~ 時
 第三希望 平成 年 月 日 時 ~ 時

委員会 : (決定日) 平成 年 月 日
 提供方法 : 閲覧・その他(_____)
 提供実施日: 平成 年 月 日 時 ~ 時
 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 _____