

診療記録等（個人情報）開示申請書

丘 整形外科病院 病院長 殿

私は、貴院が保有する下記の患者について診療記録等（個人情報）の開示を申請いたします。

診療記録等の開示を受けたい患者						
患者番号		最終受診	年	月		
ふりがな		生年月日				
氏名		M T S H R	年	月 日生		
住所						
電話番号						
希望する開示方法 (希望する項目に○)	1. 閲覧 2. 口頭による説明 3. 要約の交付 ④. 複写の希望 (複数項目の希望も可)					
開示を希望する診療記録等	コピーフィルム等の具体的な内容 (記載例:○月×日の頸椎X-P、頭部MR I・C T等)	診療区分	閲覧	複写		
画像診断写真		入院・外来		○		
		入院・外来				
		入院・外来				
		入院・外来				
		入院・外来				
		入院・外来				
		入院・外来				
		入院・外来				
閲覧希望日 (複写のみ希望の方は記入不要)	第一希望日	年	月	日	午前・午後	時
	第二希望日	年	月	日	午前・午後	時
	第三希望日	年	月	日	午前・午後	時

令和 年 月 日

開示申請者 氏名 _____ 印

患者との関係 _____

住所 _____

電話番号 _____

【当院使用欄】

- 申請者の確認方法：1. 運転免許証 2. パスポート 3. マイナンバーカード 4. 外国人登録証明書
5. 健康保険証及び戸籍謄(抄)本、又は住民票 6. その他()

院長承認	主治医確認	申請者本人確認	委任状確認	受付者
承認日 /	確認日 /	確認日 /	確認日 /	受付日 /