

診療情報開示申請書

年 月 日

国東市病院事業管理者 様

(申請者) 氏名 印
患者との関係
住所
TEL

次のとおり診療情報の開示を申請します。

開示を希望する 患者氏名等	(フリガナ) 氏 名	
	住 所	
	生年月日	
申請に係る診療 情報の内容 (該当する箇所に○ を記入してください。)	診療録等の 種類	1. 入院カルテ 2. 外来カルテ
	対象診療科	
	期 間	
		1. 診療記録のすべて 2. 一部診療記録 () 3. 検査記録・検査結果 4. 画像データ 5. その他 ()

【処理欄】

本人確認欄	(1) 運転免許証 (2) 旅券 (3) 健康保険の被保険者証 (4) その他 ()						
代理人等確認欄	(1) 運転免許証 (2) 旅券 (3) 健康保険の被保険者証 (4) 本人及び代理人の公的証明書 (5) その他 ()						
管 理 者	院 長	副 院 長	事務長	所属部長	主 治 医	所 属 長	医 事 課

※1 「申請に係る診療情報の内容」欄は、開示の申請をしようとする診療情報が特定できるよう具体的に記入してください。

- 2 申請の際は、本人であることを証明するために必要な書類を提出してください。
- 3 代理人の場合は、代理人であることを証明する書類を添付してください。