

診療録等開示申請書

診療情報の提供を受けたい患者	フリガナ	(姓)	(名)					
	氏名							
	カルテ番号							
	住所							
	(連絡先) 電話番号	()	—					
生年月日	年	月	日生					
診療情報の提供を受けたい内容 (該当又は希望する箇所に○を記入してください。)	診療科名							
	期間	年	月	日	～	年	月	日
	1. 診療録 2. 看護記録 3. 検査記録 4. 画像データ (撮影画像をCD-Rへコピーしたもの) 5. その他 (内容が特定できるよう具体的にご記入ください。) () () ※2010年3月以降は電子カルテの都合上、診療録の中に看護記録・検査記録の一部が印刷される場合がありますのでご了承ください。							

西尾市民病院長 殿

私は、上記のとおり、診療に関する情報の提供を受けたいので申請します。

年 月 日

フリガナ

申請者自署 氏名 _____

患者との関係 患者本人 親族等() 法定代理人 その他()

申請者が患者本人の場合には記載不要

住所 _____

電話番号 () — _____

代理人が申請する理由 _____

(患者本人同意書)

私は、申請者 _____ に対して、私の診療情報が提供されることに同意します。

患者本人自署 _____

注1) 申請の際、診察券および申請者本人であることを確認するために必要な書類(運転免許証、マイナンバーカード、健康保険証、厚生年金手帳、住民票等、身分を証明できるもの)を提示してください。

注2) 親族等が申請する場合は、注1の書類の他、その資格を確認するために必要な書類(戸籍謄本等)を提示してください。

注3) 提供された診療情報は、秘密保持の観点から、慎重に管理してください。