

## 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	M. T. S. H.	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			
	診療期間	平成 年 月 日	～ 平成 年 月 日	
		1. 診療録	2. 看護記録	3. 処方箋
		5. X線写真		
		6. その他 ( ) ( ) ( )		
閲覧希望日 (特に希望がない場合は記入不要)	第一希望	月 日 ( )	午前・午後	
	第二希望	月 日 ( )	午前・午後	
	第三希望	月 日 ( )	午前・午後	
医師からの説明	1. 希望する                      2. 希望しない			

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。

令和 年 月 日

フリガナ  
申請者 氏名 \_\_\_\_\_ 印  
患者との関係 患者本人 親族等( ) 法定代理人

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、上記のとおり、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、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。