診療情報開示申請書

申請日：西暦　　年　　月　　日

渕野辺総合病院　病院長　殿

私は下記の通り申請いたします。（太枠の記入をお願いします）

申請者

氏　　名	
住　　所	
電話番号	

〇希望する開示内容の記入をお願いします。

開示を希望する内容に〇を付けてください。		診察日、部位等の詳細
診療記録（カルテ）		例）2021/1/1～1/31 間の記録すべて
医師記録		
検査記録・検査報告書		
検査画像（CD）		
看護記録		
その他記録		

〇本人以外の申請の場合は、下記の記入をお願いします。

患者氏名		生年月日	西暦　　年　　月　　日
患者本人との関係	配偶者　・　親　・　子　・　代理人　・　その他（　　）		

〇差し支えなければ申請理由の記入をお願いします。

他院での診察に利用　・　病院以外への提出資料として利用　・　その他（　　）

＊担当者記入欄　　受付者

患者 ID	
申請者本人確認欄	運転免許証　・　マイナンバーカード　・　パスポート　・　健康保険証 その他（　　）
申請者資格確認欄	戸籍謄本　・　その他（　　）
備考	

＊開示承認欄

開示の可否	年月日	氏名
可　・　否	年　月　日	
可　・　否	年　月　日	
可　・　否	年　月　日	
可　・　否	年　月　日	
可　・　否	年　月　日	
可　・　否	年　月　日	

医療法人社団　相和会　渕野辺総合病院

2023.10.12 改定