

様式第1号

平成 年 月 日決裁

決裁	
----	--

院長	事務部長	情報課長補佐	情報係長	情報係	受付者

### 診療記録等の開示申請書

国保依田窪病院 院長 三澤 弘道 殿

太神の中をご記入下さい。

患者氏名	フリガナ	
	患者氏名	印
	生年月日	M T S H 年 月 日生
	住 所	〒 -
	電話番号	
提供を希望する記録 ( で囲んでください)	希望の記録	診療記録( 退院時要約 ・ 医師記録 ・ 看護記録 ・ 検査記録 ) ・ 手術記録 ・ 画像記録 ・ その他( )
	診 療 科	内科 ・ 外科 ・ 整形外科 ・ 小児科 ・ 泌尿器科 ・ 眼科 ・ 耳鼻科 ・ その他科( )
	期 間	年 月 日 ~ 年 月 日の期間
提供方法 ( で囲んでください)	1. 閲覧 2. 写しの交付 3. 退院時要約の交付 4. 口頭による説明	
申 請 者	氏 名	印
	患者との関係	親族( 続柄 ) ・ その他( )
	住 所	〒 -
	電話番号	
上記のとおり、診療情報の提供を希望します。 平成 年 月 日		

**(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(自筆) \_\_\_\_\_ 印

依田窪病院 診療情報提供規程3-4に規定された代理人に限る。  
また、患者本人の意思確認ができる同意書(委任状)を提示して下さい。

法人名または代理人名(自筆) \_\_\_\_\_ 印