

年 月 日 決裁

決裁	
----	--

病院長	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 病院長 殿

太枠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。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div>		

(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