

年 月 日 決裁

決裁	
----	--

院 長	事務部長	診療情報 管理室長	診療情報 管理室	受付者

診療記録等の開示申請書

国保依田窪病院 院長 城下 智 殿

次のとおり、診療記録等の開示を申請します。 年 月 日

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	
申 請 者 (患者本人が申請する 場合は記載不要)	氏 名	印
	患者との関係	・親族(続柄) ・成年被後見人の法定代理人 ・その他() (証明するものを提示)
	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 その他の診療科()
	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

(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