

## 診療情報開示申請書兼同意書



世田谷人工関節・脊椎クリニック

院長 池田俊一郎

次の通り、診療情報の開示を申請します。 令和 年 月 日

申請者 ご記入欄	申請者	氏名	(フリガナ) 男・女		生年月日		
			印		T・S・H 年 月 日		
		患者様との関係	1.本人 2.法定代理人 3.その他 ( )				
		住所	〒 電話番号				
	連名申請者	氏名	(フリガナ) 男・女		生年月日		
			印		T・S・H 年 月 日		
		患者様との関係	1.続柄 ( ) 2.法定代理人 3.その他 ( )				
		住所	〒 電話番号				
	(注) 患者様本人が「満18歳未満の未成年者」の場合、患者本人及び法定代理人は連名による申請を行って下さい。						
	開示を受けたい内容	患者氏名等	氏名	(フリガナ)	ID	生年月日	
男・女				T・S・H 年 月 日			
住所			〒 電話番号				
入・外 区分		1. 入院 2. 外来 3. 入院及び外来					
1.診療記録等複写		年 月 日~	年 月 日				
3.画像記録複写		年 月 日~	年 月 日				
4.その他 ( )		年 月 日~	年 月 日				
患者様記入欄	本人同意書	私は上記の通り、申請者に対して、 私の診療記録等が開示されることに同意します。 〒 電話番号 住所 氏名 印 生年月日 年 月 日 ※必ず患者様ご本人がご記入下さい。					
		(申請者の確認書類)					
		運転免許証・旅券・健康保険証・住民基本台帳・その他 ( )					
		来訪予定日 令和 年 月 日 ( 時 ) 医師との面談： あり・なし 令和 年 月 日 時					
		受け取り方法	来訪予定日	来訪対応担当者	受渡日	会計担当者	受け渡し担当者
		来院					
		郵送					
(備考欄)							