

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

SETAGAYA
ORTHOPAEDIC
CLINIC

世田谷
人工関節・脊椎
クリニック

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		
		患者様との関係		1.本人	2.法定代理人	3.その他()	月	日		
	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		
		患者様との関係		1.続柄()	2.法定代理人	3.その他()	月	日		
	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	(フリガナ)			ID	生年月日			
			男・女	T・S・H	年					
住所等			〒 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	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 生年月日									
	※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									
病院記入欄			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)										
2023.09										