

診療情報開示申請書



世田谷人工関節脊椎クリニック
院長 塗山 正宏

令和 年 月 日

次の通り、診療情報の開示を申請します。

申請者ご記入欄	申請者	氏名	(フリガナ)			生年月日			
			印			西暦 年 月 日			
		患者様との関係（下記いずれかに○をする）							
		1.本人 2.患者家族（遺族） 3.法定代理人 4.法律事務所・保険会社等							
		住所	〒 電話番号						
	連名申請者	氏名	(フリガナ)			生年月日			
			印			西暦 年 月 日			
		患者様との関係（下記いずれかに○をする）							
		1.患者家族 2.法定代理人 3.法律事務所・保険会社等							
		住所	〒 電話番号						
	(注) 患者様本人が「満15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。								
	開示を受けた内容	患者氏名等	氏名	(フリガナ)		ID	生年月日		
				印		西暦 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		年	月	日～	年	月	日		
2.看護記録		年	月	日～	年	月	日		
3.画像記録		年	月	日～	年	月	日		
※開示の方法		1. 閲覧		2. 謄写		3. 閲覧と謄写			
※開示時の説明		1. 不要		2. 医師					
※開示方法		1. 来訪		2. 郵送（写しの取扱いをお読み下さい）					

病院 記入 欄	(申請者の確認書類)			
	【本人・患者家族(遺族)・法定代理人】			
	運転免許証・パスポート・マイナンバーカード(通知カード不可)・身体障害者手帳 その他()			
	↑上記いずれか1つ()			
	健康保険証(有効期限があるもの)・年金手帳・介護保険証・会社身分証明書又は学生証 当院診察券・公的機関が発行した資格証明書 ↑上記いずれか2つ			
	【法律事務所・保険会社・委託会社】			
	法律事務所：弁護士である事を証明できるもの			
	保険会社：社員である事を証明できるもの			
	受渡予定日 令和 年 月 日 (時)			
	医師との面談： あり なし			

来訪日	来訪対応 担当者	受渡日	受渡 担当者

(備考欄)
