

診療情報提供・診療記録開示申請書

申込年月日 令和 年 月 日

明和セントラル病院長

貴院が保有する下記の個人情報の開示につき請求いたします。

1 開示を求める個人情報の対象者

フリガナ	
氏名	
ご住所	
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日

2 開示を求める診療情報の種類及び範囲

診療情報の種類 (該当するものを全て○で囲んで下さい)	診療情報の範囲
1 診療録 (カルテ)	
2 手術記録	年 月 日
3 X線写真	~
4 その他 ()	年 月 日分

3 開示請求者

氏名	
ご住所	
電話番号	
患者との関係	本人・代理人 (本人との関係 :)
本人確認方法	運転免許証・代理人の証明書・その他 ()

- * 本人確認資料はコピーを添付すること
- * 本人との関係を証明するものを添付して下さい。

医療機関処理欄

受付	担当医	院長	開示可否の決定 (可・否)