

個人情報（診療録等）開示請求書

申請日： 年 月 日

社会医療法人 寿楽会 大野記念病院
病院長殿

私は、下記の通り診療記録等の開示を希望します。

注) 印鑑は受取時にも同一の物で押印いただきます。

申請者	申請者氏名							印
	続柄 <small>※詳細に記載ください</small>							
	住所							
	電話番号							
診療記録等の開示を受けたい患者情報	フガナ 患者氏名							
	生年月日							
開示申請期間	①	年	月	日	～	年	月	日
	②	年	月	日	～	年	月	日
開示を希望する記録（該当する箇所には点を記入してください）								
<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 診療記録				<input type="checkbox"/> 入院診療時の記録全て			
	<input type="checkbox"/> 外来	<input type="checkbox"/> 検査結果				<input type="checkbox"/> 外来診療時の記録全て		
<input type="checkbox"/> 全て	<input type="checkbox"/> 画像検査記録（CD-ROM）				<input type="checkbox"/> 当該患者の全ての記録			
	<input type="checkbox"/> その他（							）
開示方法	<input type="checkbox"/> 紙媒体	1枚につき20円（税込）			<input type="checkbox"/> データ（CD-ROM）	1枚につき1,100円（税込）		
開示請求する部分のご指定があればご記載ください。								

受取日 年 月 日

受取者 _____ 印

以下は病院記入欄

確認書類	患者本人	<input type="checkbox"/> 身分証明書（ _____ ）					
	患者本人以外	<input type="checkbox"/> 患者身分証明書（ _____ ）			<input type="checkbox"/> 開示請求者身分証明書（ _____ ）		
		<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 続柄証明（ _____ ） <input type="checkbox"/> 当該職員証明（ _____ ）					