

診療記録の開示申出書

令和 年 月 日

長崎県五島中央病院長 様

〒

住 所 _____
 (ふりがな)

申出者 氏 名 _____

生年月日 _____ 年 月 日 性別 男・女

電話番号 _____

次のとおり、診療記録の開示を申し出ます。

1 開示を求める 診療記録	
2 開示の区分	①閲覧 ②写しの交付 ③要約書の交付 ④口頭による説明
3 申出者が患者 本人以外の 場合	①患者の氏名及び生年月日 (ふりがな) 氏 名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日 性別 男・女 ②患者の住所及び電話番号 住 所 _____ 電話番号 _____ ③申出者と患者本人との関係及びそれを証する書類
4 開示を求める 診療科	
5 開 示 の 希 望 日 時	

(注) 「開示を求める診療記録」欄は、申し出する診療記録が特定できるように具体的に記入してください。

なお、都合により、希望にそえない場合もあります。

病院処理欄 ※申出者は記入 しないでくだ さい。	申出者本人 確認欄	①運転免許証 ②旅券 ③健康保険証 ④その他 ()
	申出者資格 確認欄	①戸籍謄本 ②健康保険証 ③証明書 ④その他 ()
	備 考	