

診療情報開示申請書

年 月 日

医療法人社団鵬友会 ゆめが丘総合病院長 殿

申請者 ☐ 本人 ☐ 代理人

住所

氏名

電話番号

次のとおり診療情報の開示を申請します。

1 開示申請する 診療情報の 名称又は内容	(開示申請する診療情報が特定できるように具体的に記入してください。)	
2 開示の方法	☐ 閲覧 ☐ 写しの交付（謄写） ☐ 要約書の交付 ☐ 口頭による説明	
3 申請の趣旨		
代理人による開 示請求の場合、 患者本人につい て記入してくだ さい。	患者本人の住所 電話番号	
	患者本人の氏名	
	患者本人との関係	

当院使用欄（記入しないでください。）

申請者本人の確認	☐ 運転免許証 ☐ その他（	☐ 旅券	☐ 健康保険証 ）	☐ 国民（厚生）年金手帳 ☐ コピー済				
申請者資格の確認	☐ 患者本人の委任状	☐ 戸籍謄本	☐ 住民票	☐ その他（				
開示実施の希望日	第1希望	年	月	日	時	分～	時	分
	第2希望	年	月	日	時	分～	時	分
	第3希望	年	月	日	時	分～	時	分
					受領職員氏名			