

診療情報開示申込書

年 月 日

医療法人社団目黒厚生会本田病院 院長 殿

申込者 氏名 _____ 印
患者との関係 _____
〒 _____
住所 _____
電話 _____

私は次の通り診療情報の開示を申し込みます。

診療情報の 開示の対象と なる患者	(フリガナ)	
	患者氏名	
	患者番号	
	住所	〒 _____
	生年月日	年 月 日
開示を希望する 診療情報	診療情報名	診 察 日 ・ 部 位 等
	診療録(カルテ)	
	医師記録	
	看護記録	
	検査記録	
	画像記録	
患者本人を証明する添付書類		<input type="checkbox"/> 運転免許証、 <input type="checkbox"/> 旅券、 <input type="checkbox"/> その他()

* 患者本人以外からの申し込みの時は、患者本人を証明するものの写しのほかに、患者本人との関係を証明するもの(戸籍謄本、健康保険被保険者証等)の写しを添付してください。

本人同意書

医療法人社団目黒厚生会本田病院 院長 宛

私は、申請者()に対して、上記申込書のとおり私の診療情報が開示されることに同意します。

患者本人氏名(自筆) _____

代理人氏名(自筆) _____

患者本人との関係 _____