

診療情報開示請求書

令和 年 月 日

中東遠総合医療センター企業長 様

郵便番号 ー

開示請求者 住 所 _____

氏 名 _____

中東遠総合医療センターにおける診療情報の開示に関する規程第5条の規定により、次のとおり請求します。

請求に係る診療情報の内容	年 月 日 ~ 年 月 日 科 外来カルテ・入院カルテ 全て 患者情報 病名 診察記事 看護記録 検査結果 レントゲン等画像(CDコピー) その他()
提 供 の 区 分	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 口頭による説明 <input type="checkbox"/> 写しの交付
患者本人の 状況等 (法定代理人等 が請求する場 合のみ記載)	患者本人の住所 又は居所 患者本人の氏名 患者本人の状況 <input type="checkbox"/> 未成年者 (年 月 日生) <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 成年被後見人 <input type="checkbox"/> その他()
連絡先(電話番号等)	

(注)

- 1 「請求に係る診療情報の内容」欄は、請求を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 のある欄は、該当する項目のにレ印を付してください。
- 3 請求の際には、運転免許証、旅券その他開示請求者が患者本人であることを確認するに足りる書類を職員に提示し、又は提出してください。
- 4 法定代理人等が請求する場合には、戸籍謄本その他法定代理人等の資格を証明する書類及び運転免許証、旅券その他開示請求者が法定代理人等本人であることを確認するに足りる書類を職員に提示し、又は提出してください。

以下の欄には記入しないでください。 (ID:)

請求者本人の確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他()
法定代理人等の請求者資格の確認	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他()
法定代理人等の本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他()