

診療情報 開示申請書

平塚共済病院 病院長 殿

| | | | | |
|-------------|------|-----|-----|------|
| 開示対象となる患者情報 | フリガナ | (姓) | (名) | |
| | 患者氏名 | | | |
| | ID番号 | | | |
| | 住 所 | | | |
| | 生年月日 | 年 | 月 | 日生 |
| 開示を希望する診療情報 | 診療科 | カルテ | 画像 | 開示期間 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| その他(閲覧等) | | | | |

私は上記の通り、開示を希望します。

年 月 日

開示申請者

氏名 _____ (印)

患者との関係 _____

住所 _____

連絡先 _____

(申請者と開示対象患者が同一の場合は記入不要)

(本人同意書)

年 月 日

私は上記の通り、開示申請者

に対して、私の診療情報が開示される事に同意します。

患者本人自署

氏名 _____ (印)

連絡先 _____