

様式第 1 号

患者番号
氏 名
性 別        男・女
生年月日                      年    月    日生

診療情報（診療録等）開示依頼書

年    月    日

一宮西病院長 様

〒

住 所 \_\_\_\_\_

(ふりがな)

氏 名 \_\_\_\_\_ (署名又は記名押印)

電話番号 \_\_\_\_\_

下記のとおり、私自身の診療に関する診療情報（診療録等）の開示を依頼します。

開示を受けたい 内 容※	(1) 診 療 録 (全部・一部                      年 月 日～                      年 月 日)				
	(2) 検 査 記 録 (全部・一部                      年 月 日～                      年 月 日)				
	(3) X線フィルム等 (全部・一部                      年 月 日～                      年 月 日)				
	(4) 看 護 記 録 (全部・一部                      年 月 日～                      年 月 日)				
法定代理人が 開 示 を 請 求 す る 場 合	※本人の状況	未成年者	1 5 歳未満		禁 治 産 者
	(ふりがな)		1 5 歳以上	同意の 有・無	
	本人の氏名			続 柄	
	本人の住所				
	電 話 番 号				

注 1 ※の欄は、該当するものを○で囲んでください。

注 2 依頼の際には、依頼者本人であることを確認するために必要な書類(運転免許証、健康保険の被保険者証など)を提出してください。

注 3 法定代理人が依頼する場合には、注 2 の書類のほか、その資格を確認するために必要な書類(戸籍謄本など)を提出してください。

次の欄は記入する必要はありません。

本人等の確認方法	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険の被保険者証 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> その他
確認した記号番号等	
備 考	