

記入例

(日付、申出者欄、枠内の1～3を記入してください)

診療情報開示申出書

令和 6 年 1 月 1 日

つがる西北五広域連合つがる総合病院
院長 様

希望する医療記録の数字を○で囲んでください
この欄に無い医療記録を希望する場合には、その他欄に記入してください

住 所 青森県〇〇市〇〇町 00-00

申出者 氏 名 〇〇 〇〇 印

電話番号 012 - 3456 - 7890

ハンコを押してください

情報の提供に関する要綱の規定により、下記のとおり申出します。

1 申出する診療情報の内容 (○で囲む)	診療科名	消化器内科、整形外科	
	① 診療録 (外来・入院)	2 看護記録	3 処方箋
	4 検査記録	⑤ エックス線写真	6 その他 ()
	期 間	2023 年 1 月 1 日から 2024 年 1 月 1 日まで	
2 開示区分 (○で囲む)	1 閲覧	2 口頭による説明	③ 写しの交付
3 患者本人の氏名等 (患者本人以外の申出の場合)	フリガナ 患者の氏名	申出者が本人の場合、 この欄は記入不要です	
	患者の住所		
	患者の続柄 (○で囲む)	1 被成年後見人 2 未成年者 (満 15 歳以上) 3 未成年者 (満 15 歳未満) 4 その他 ()	
※事務 処理欄	申出者本人 の確認	1 個人番号カード 2 運転免許証 3 健康保険証 4 年金手帳 5 旅券 6 その他 ()	
	申出者の 資格確認	1 戸籍謄本 2 その他 ()	
※	備 考		

注 1 「申出する診療情報の内容」欄は、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 法定代理人による申し出の場合は、申出者であることを証明する書類に加え、資格を有することを証明する書類を提出し、又は提示してください。又患者本人（被成年後見人を除く）以外の申し出の場合は、本人の同意書（任意様式）を提出してください。

3 ※印欄は、記入しないでください。