診療情報開示申請書

浦添総合病院　病院長 殿　　受付日：　　年　　月　　日

申請者欄	氏名	（ふりがな） ㊞	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年　月　日
	住所 電話	〒 （携帯・自宅・勤務先：　　）		
	確認書類	※□にレ点、確認した書類に〇をつける。 □患者本人：①A より 1 つ（ない場合は B～C のうち 2 つ） □親族：以下①～③ 全て（関係：　　） ①A より 1 つ（申請者のもの。ない場合は B～C のうち 2 つ） ②B より 1 つ　③委任状（患者死亡の場合を除く） □警察、検察庁、労働監督署：捜査関係事項照会書（　　）+ 同意書 □裁判所：送付嘱託書　□保険会社：13 + 同意書 □法律事務所：依頼人の確認書類（本人①、親族は①～③）+ 委任状 + 14 A) 1.運転免許証　2.パスポート　3.マイナンバーカード　4.住民基本台帳カード B) ※発行から 3 ヶ月以内　5.戸籍謄本　6.住民票（続柄有のもの）　7.除籍謄本 C) 8.印鑑証明書 9.健康保険証 10.年金手帳 11.障害者手帳 12.外国人登録証明書 13.会社や政府関係機関が発行する証明書（顔写真付）14.弁護士身分証明証		

下記のとおり、診療情報の開示を申請します。

【患者 ID：　　】注）申請者が患者本人の場合は※印欄記載不要

患者欄	※ 氏名	（ふりがな）	※生年月日	大正・昭和・平成・令和 年　月　日
	※ 住所	〒		
	開示希望する内容	開示を希望する内容に〇をつける（開示対象期間：　　） 1.診療録の写し（全て、又は下記より選択し〇をつける）　■印刷枚数　　枚 診療記録・検査記録・看護記録・薬歴情報・各種計画書・同意書・診断書・紹介状 2.画像記録（CD/DVD　　枚・紙　　枚）3.医師面談（　　） 4.医療照会文書（　　） 5.診療録閲覧（　　）6.その他（　　）		

病院使用欄	医師署名		診療科		確認日	年　月　日
	受取者名		受取年月日	年　月　日	担当者	
	備考		料金			