

診療情報開示請求書

医療法人友心会
中島医院 院長殿

年 月 日

私は貴院が保有する下記の診療情報の開示を求めます。

開示を希望する患者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
	住所	
	診察券番号	

開示を希望する情報	内容	診察日/部位など	閲覧希望	複写希望	郵送希望
	1 診療録		()	()	()
	2 検査結果		()	()	()
	3 画像データ		()	()	()
	4 その他		()	()	()
5 医師面談	()希望しない ()希望する		該当する()に○を付けて下さい		

開示を希望する理由	
<small>差しつかえなければご記入下さい</small>	

開示閲覧に立ち会う人の氏名	()立会人あり ()立会人なし
	立会人1
	立会人2
	立会人3

添付書類 添付したものにチェック	<input type="checkbox"/> A本人身分証明書コピー	<input type="checkbox"/> B閲覧立会人身分証明書コピー
	<input type="checkbox"/> C本人の同意書	<input type="checkbox"/> D家族または遺族身分証明書コピー
	<input type="checkbox"/> E患者と家族の関係がわかる戸籍の写し	<input type="checkbox"/> F代理人身分証明書コピー
	<input type="checkbox"/> G家族または遺族の同意書	

- ・本人が請求する場合 AとBを添付。
- ・家族が請求する場合 B、C、D、Eを添付(本人死亡後であればB、D、Eを添付)。
- ・代理人が請求する場合 B、C、Fを添付(本人死亡後であればB、D、E、F、Gを添付)。
- ・閲覧立会人のないときBは不要。

開示請求者	氏名(自署)	
	患者との関係	
	住所	〒
	電話番号	

診療情報開示に関する同意書

医療法人友心会
中島医院 院長殿

____年 ____月 ____日

私は（請求者）_____に対して
貴院が保有する下記の診療情報が開示されることに同意します。

患者の氏名	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	明大昭平 _____年 ____月 ____日

氏名（自署）

患者との関係 患者本人 ・ 患者家族 ・ その他