

診療録等開示申請書

年 月 日

新中川病院 院長 殿

申請者 住所 〒

氏名 ⑩
電話番号

下記のとおり申請します。

1. 開示対象者	氏名 : 生年月日 : 年 月 日 住所 : 電話番号 :
2. 申請の理由	
3. 申請を希望する診療情報の種別 (○で囲む)	(1)診療録内の書類すべて (2)医師記載診療録 (3)看護記録 (4)処方箋(投薬・注射) (5)検査データ (6)画像データ
4. 提供の区分 (○で囲む)	(1)閲覧 (2)複写(コピー) (3)口頭による説明
5. 患者本人以外による申請の場合	申請者氏名 : 開示対象者との続柄 : 生年月日 : 住所 : 電話番号 :
6. 開示希望日	第1希望: 月 日 (AM PM) 第2希望: 月 日 (AM PM) 第3希望: 月 日 (AM PM) 第4希望: 月 日 (AM PM)

事務局処理欄	申請者本人 確認書類	(1)運転免許証 (2)マイナンバーカード (3)パスポート (4)その他()
	申請者資格 確認書類	(1)戸籍謄本 (2)その他()
備考欄		
新中川病院		〒245-0001 横浜市泉区池の谷3901番地 電話番号 045-812-6161

(注意事項)

- 申請者確認のための書類は申請書と一緒にコピーをお送りください。当日に原本のご提示をお願いします。
- 申請者資格の確認に使用する戸籍謄本(原本)も申請書と一緒にお送りください。返却は致しません。
- 開示に同席される方がいらっしゃる場合は、その方も申請者と同じ書類の確認が必要となりますのでご注意ください。
- 開示手続きの手順や費用等の案内は「診療録等開示手続きについて」をご確認下さい。