

診療情報開示申請書

平成 年 月 日

殿

次のとおり、診療に関する情報の提供を受けたいので申請します。

患者名 氏名
生年月日 M T S H 年 月 日
住所
電話番号 — —

開示請求者 ☐ 本人 ☐ 法定代理人 ☐ 法定代理人以外の親族又はこれに準ずる者

代理人氏名（自署）
代理人住所
電話番号 — —
本人との関係

開示の提供を受けたい診療科
科 入院分 外来分

開示の提供を受けたい診療記録等の種類
☐ 診療録等 ☐ レントゲンフィルム等 ☐ 検査データ等

開示の提供を受けたい診療録等の日付
平成 年 月 日から 年 月 日まで

開示の提供を受けたい理由

開示提供方法 ☐ 閲覧 ☐ 写しの交付 ☐ 要約 ☐ 担当歯科医師の説明
☐ その他（ ）

本人確認のため、診療券と下記（１）（２）（３）のいずれかを提出願います。

本人確認書類 （１）自動車運転免許証 ☐ コピー
（２）健康保険証 ☐ コピー
（３）その他（ ） ☐ コピー

書類受理年月日 平成 年 月 日 時 分 担当者