

(様式 1)

診療情報開示請求書

(申請日) 20 年 月 日

鈴鹿医療科学大学附属桜の森病院 院長様

(請求者)

住 所 〒

氏 名 (続柄)

☐本人 ☐本人以外

電話番号

私は、下記のとおり、診療情報の提供を希望します。

開示を希望する記録	☐ 診療録 ☐ 看護記録 ☐ 処方箋 ☐ 検査結果 ☐ 画像データ ☐ その他 ()		
開示の方法	☐ 写しの交付 ☐ 閲覧 ☐ 郵送		
開示請求期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
請求者が 患者本人以外の場合 (患者本人が申請 する場合、記入不要)	患者氏名	(患者ID:)	
	患者の 生年月日	大・昭・平・令 西暦 年 月 日	
	患者の住所	〒 -	
	患者の 電話番号	() -	
	患者の状況	☐ 成人被後見人 ☐ 未成年者(15歳以上) ☐ 未成年者(15歳未満) ☐ 死亡 ☐ その他 ()	
	患者との 関係	☐ 父母 ☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ その他 ()	

[注]

- 1. 該当する“□”にチェックを入れてください。
- 2. 請求者は、申し出の際に請求者本人であることを証明する書類をご提示ください。
- 3. 患者本人から代理権を与えられた親族(父母、配偶者、患者の子(成人))が申し出を行う場合は、患者本人の意思が確認できる委任状をご提出ください。(遺族を除く。)
- 4. 患者本人以外による申し出の場合には、患者本人との関係が明らかにできる書類をご提示ください。

病院 使用 欄	請 求 者 本 人	☐ 運転免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ 旅券 ☐ 障害者手帳 ☐ 健康保険証 ☐ 住民票 ☐ 医療受給者証 ☐ 年金手帳 ☐ 印鑑登録証明書 ☐ その他 ()		
	患者本人 以 外	☐ 委任状(未成年者(15歳未満・遺族の場合不要。)) ☐ 戸籍謄本(抄本) ☐ 住民票 ☐ 登記事項証明書 ☐ その他 ()		
		備 考 欄		受付