

診療情報開示申請書

年 月 日

医療法人社団光仁会 木島病院
院長 竹内 尚人 殿

下記のとおり診療記録の開示を請求いたします。

住所：

氏名（自筆）： 印

受診者との関係： 本人 親族 その他（ ）

電話（日中連絡がとれる連絡先）：

診療記録の開示を受けたい受診者	ふりがな		受診者ID番号
	受診者氏名		
	住所	電話（日中連絡がとれる番号）：	
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生	
開示を希望する番号に○を付けて下さい。	1. 診療記録（カルテ）	希望期間：	
	2. 手術・麻酔記録	年 月 日～ 年 月 日	
	3. 検査記録・検査結果表	診療科：（入院・外来）	
	4. 画像：X線・CT・MRI		
	5. 看護記録	主治医：	
	6. その他（ ）		
開示を希望する理由（差し支えないなければご記入下さい）			

申込者本人確認方法

1つでよい	運転免許証 旅券 身体障害者手帳 療育手帳 精神障害者保健福祉手帳 在留カード 外国人登録証明書
2つ必要	(A)保険証 診察券 国民年金手帳 国民、厚生年金証書 介護保険証
(A+A)又は(B+B)	(B)会社の身分証明書または学生証(氏名・住所又は生年月日のもの) 公的機関が発行した写真付資格証明
申込資格確認方法	戸籍謄本 住民票 家庭裁判所の証明書 その他、代理人関係を確認し得る書類

受付	院長	費用徴収額
印	印	円