

診療録等開示申請書

令和 年 月 日

南京都病院 院長 殿

申請者 住所 _____ 印 _____
 氏名 _____
 電話番号 _____ 診察券番号 _____

以下のとおり、申請します

1	申請に係る 診療情報の内容	ア. 診療録 イ. 看護記録 ウ. 助産記録 エ. 処方箋 オ. 検査記録 カ. 検査結果報告書 キ. エックス線写真 ク. その他()
		入院・外来の別 ----- 対象とする期間
2	提供の区分	ア. 閲覧 イ. 謄写 ウ. 口頭による説明 エ. 説明文書の交付 〔 (説明を求める内容を具体的に記載願います。) 〕
患者本人の氏名等 (申請者が患者本人 でない場合)	患者本人の氏名	
	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 診察券番号	
	患者本人の住所 及び電話番号	
	患者本人との続柄	
* 事務局 処理欄	申請者本人 確認欄	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他()
	申請者資格 確認欄	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他()
* 備考		

〈注〉

1. * 欄には、記入しないでください。