

カルテNo.

診療情報開示申請書

●●後継事務組織

●●殿

令和 年 月 日

申請者 氏名: _____
 郵便番号: 〒 _____
 住 所: _____
 電話番号: ① _____ (自宅・携帯・職場)
 ② _____ ()
 連絡希望時間帯 (9:00~17:00) : _____ : _____ ~ _____ : _____、_____ : _____ ~ _____ :

私は、下記のとおり、公立学校共済組合近畿中央病院における診療情報の開示を申請します。

開示を受けたい患者	ふりがな									
	氏名									
	生年月日	(明治・大正・昭和・平成・令和)	年	月	日生					
	郵便番号	〒	□ 同上							
	住 所									
	電話番号	(自宅・携帯)								
開示を希望する診療科										
開示を希望する情報 ※希望する項目に○をする	記 録	開 示 期 間		入院	外来					
	1. 診療録	年	月	日	~	年	月	日	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2. 検査記録、検査成績表	年	月	日	~	年	月	日	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	3. 放射線検査画像CD-R	年	月	日	~	年	月	日	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	4. ()	年	月	日	~	年	月	日	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	5. ()	年	月	日	~	年	月	日	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	6. ()	年	月	日	~	年	月	日	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
開 示 方 法	<input type="radio"/> 複写 (紙のみ)			<input type="radio"/> 複写 (PDF形式データを含む)		<input type="radio"/> 閲覧				
患者本人以外が申請 する場合に記入	患者の状況 (○で囲む)	未成年者 (満15歳以上) ・ 未成年者 (満15歳未満) 成年被後見人 ・ 死亡 ・ その他 ()								
	患者との関係									

【病院使用欄】

申請者本人確認欄	運転免許証 ・ 旅券 ・ 健康保険証 ・ その他 ()
申請者資格確認欄	戸籍謄本 ・ その他 ()
備 考	