

# 診療情報（カルテ等）開示申請書

医療法人社団あんしん会あんしんクリニック  
院長 殿

申請日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

下記のとおり診療情報の開示を申請いたします。

申請者

氏名： \_\_\_\_\_ ⑩ 患者との関係： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 電話番号： \_\_\_\_\_

〒

住所： \_\_\_\_\_

## 1. 患者情報（※申請者が本人の場合は記入不要）

診察券ID： \_\_\_\_\_

患者氏名： \_\_\_\_\_ 生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

## 2. 開示内容・方法（✓をつけて下さい）

- |                                    |                                |                                    |
|------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 診療記録（カルテ） | <input type="checkbox"/> 手術記録等 | <input type="checkbox"/> 複写（コピー）   |
| <input type="checkbox"/> 看護記録      | <input type="checkbox"/> 画像データ | <input type="checkbox"/> 医師の面談及び閲覧 |
| <input type="checkbox"/> 検査記録等     |                                |                                    |

※申請時に必要書類をご用意ください、コピーをとらせていただきます。

-----  
医療機関使用欄

本人：  運転免許証  旅券  その他（ \_\_\_\_\_ ）

代理人：  運転免許証  旅券  その他（ \_\_\_\_\_ ）  
 患者さま同意書  
 戸籍謄本  公的な書類（ \_\_\_\_\_ ）

病院長	主治医	受付
		/

2019.12.20 改定