

# 診療情報の開示申請書

九段坂病院長 殿

診療情報の開示を受けたい患者様	フリガナ		
	患者氏名 (姓)	(姓)	(名)
	生年月日	M・T・S・H	年 月 日
	患者番号		
	住 所		

開示を希望する診療情報の内容	全てまたは希望する診察日、期間、診療科など	閲覧	複写	面談
	1			
	2			
	3			
	[備考]			

開示希望日 (複写のみ場合は不要)	第1希望	令和 年 月 日 ( ) 午前・午後 時頃
	第2希望	令和 年 月 日 ( ) 午前・午後 時頃
	第3希望	令和 年 月 日 ( ) 午前・午後 時頃
	希望無し	

(注1) 閲覧又は複写の代わりに要約書を交付する場合があります。

(注2) 主治医の説明を希望される場合には、備考欄にその旨を記載して下さい。

(注3) 申請者が代理人の場合は、委任状を添付して下さい。併せて続柄を示す証明書を求めることがあります。

(注4) 受け取りの際は、本人確認をさせていただきますので公的証明書をお持ち下さい。

(注5) 受け取りは基本的に直接手渡しとなります。

令和 年 月 日

私は、上記の通り開示を希望します。

申請者 印 (続柄 )

住 所

連絡先