

診療記録等開示申請書

令和 年 月 日

医療法人松田会 仙台脳外科クリニック泉中央 院長殿
住 所 〒

申請者 氏 名

電話番号

以下のとおり、申請します。

1	申請による 診療情報の内容	診療記録（退院時要約・医師記録・看護記録・検査記録） 手術記録・画像診断記録・その他（ ） 期間 年 月 日～ 年 月 日の期間
2	提供の区分	(1) 閲覧 (2) 口頭による説明 (3) 謄写 (4) 退院時要約の交付
3	患者様本人の 氏名など (患者様本人以外が 申請する場合)	患者様本人の氏名 患者様本人の住所および電話番号 患者様本人との関係 親族(続柄)・その他（ ）
* 事務 処理欄	申請者本人 確認欄	(1) 運転免許証 (2) マイナンバーカード又は健康保険証 (3) その他（ ）
	開示に関す る同意書	(1) 当院書式 (2) その他書式（ ） □自署 □捺印
* 備 考		

《注》 1 「申請による診療情報の内容」欄は、提供の申請をしようとする診療情報が特定できるように具体的に選択、ご記入ください。

2 * 欄には、記入なさらないでください。

3 患者様本人以外の方が、開示申請する場合は別途「診療記録の開示に関する同意書」を提出してください。