

## 診療録等開示申請書

令和 年 月 日

福山医療センター 病院長 殿

申請者 住 所

氏 名

電話番号

携帯番号

以下のとおり申請します。

1. 申請に係る診療情報の内容		(下記の項目について、必要な項目に○をして下さい。)	
		(1) 入院カルテ ( ) 科)	
		(2) 外来カルテ ( ) 科)	
		(3) レントゲンフィルム	
2. 提供の区分		(1) 口頭による説明	(2) 説明文書の交付
		(3) 診療記録の閲覧	④ 診療記録の写しの交付
3. 患者本人の氏名等 (患者本人以外が申請する場合)		患者本人の氏名	
		患者本人の住所 および電話番号	
		患者本人との続柄	
※ 事務局 処理欄	申請者本人 確認欄	(1) 運転免許証	(2) 旅券
		(3) 健康保険証	(4) その他( )
	申請者資格 確認欄	(1) 亡くなった方の医療記録を開示する場合 ・申請者本人の戸籍謄本及び患者の戸籍(除籍)謄本	
		(2) その他の場合 ・戸籍謄本 ・その他( )	
※ 備考			

注) 1. 該当欄に○を記入して下さい。

2. 「申請に係る診療情報の内容」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記入してください。

3. ※欄には、記入しないでください。