

藤田医科大学ばんだね病院長 殿

診療情報提供申請書

患者	フリガナ	(姓) (名)
	氏名	
	患者番号	— — —
	住所 (連絡先)	電話番号 () —
	生年月日	M. T. S. H. R 年 月 日生
開示内容 (該当又は希望する箇所に ○を記入してください)	診療科名	
	診療期間	S. H. R 年 月 日 ~ S. H. R 年 月 日
	1. 診療録 2. 看護記録 3. 検査記録 4. エックス線写真 5. その他 () () ()	

私は、上記のとおり、診療記録等の開示を希望します。

年 月 日

申請者自署 氏名 _____

患者との関係 患者本人 親族等 () 法定代理人

※ 申請者が患者本人以外の場合、下記事項につきましても記載願います。

住 所 _____

電話番号 () — _____

私は、申請者 _____ に対して、私の診療情報が提供されることに同意します。

年 月 日

患者本人自署 _____

注1 申請の際、申請者本人であることを確認するために必要な書類（運転免許証、健康保険証、厚生年金手帳、住民票等、身分を証明できるもの）を提出してください。

注2 親族等が申請する場合は、注1の書類の他、その資格を確認するために必要な書類（戸籍謄本等）を提出してください。

注3 提供された診療情報は、秘密保持の観点から、慎重に管理してください。

2024/3/5 改訂