

# 診療情報等開示申請書

令和 年 月 日

豊川市民病院 院長 殿

(ふりがな)

申請者氏名

住所 〒

電話番号

患者との続柄( )

下記のとおり申請します。

## 1 開示を希望する診療記録等(該当するものを○で囲む)

(ふりがな) 患者氏名		生年月日 T・S・H・R ( 年 月 日 )
ID(患者登録番号)		
患者の住所 (電話番号)	( ) -	
内容	(1)診療科・区分 科 ①入院 ②外来 (2)期間 年 月 日 ~ 年 月 日 (3)内容 ①診療録 ②看護記録 ③検査記録 ④画像記録 ⑤診断書 ⑥その他 [ ]	
開示区分	①閲覧 ②口頭による説明 ③写しの交付 ④その他	
備考欄		

注1 申請の際には、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、マイナンバーカード、パスポート、在留カード、健康保険証等)を提出してください。

注2 三親等以内の親族・法定代理人が申請する場合は、注1の書類のほかに親族関係・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。

以下病院使用欄

申請者 本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> その他( )
担当者	令和 年 月 日 受付担当者( )