様式１

診療記録の開示に関する申出書

JAとりで総合医療センター

院長　冨滿　弘之　様

　私は、貴病院での診療にかかわる診療記録の開示を請求いたします。

診療記録の開示のために要する、診療記録の複写等の費用は私が負担致します。

|  |  |
| --- | --- |
| 患者氏名（ふりがな） | （　　　　　　　　　　　） |
| 患者ID |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| 提供を希望する記録 | 診療記録・画像記録・退院患者報告書・その他 |
|  | 入院時　・　外来時 |
|  | 年　 月　 日～ 　　年　 月　 日 |
| 提供方法 | 閲覧  複写（全面提供・一部提供・検体全ての借用）  退院患者報告書の交付  医師の説明 |
| 患者の状況 | （患者本人の場合は記入不要）  未成年・その他（　　　　　　　　） |

申出者

氏名

患者との関係　：　本人　・　親族（続柄　　　）・　その他（　　　　　　）

資格確認　：　運転免許証　印鑑証明　健康保険証　パスポート

住民票　委任状　戸籍謄本　マイナンバーカード

その他（　　　　　　　　　　　　　　）

住所：〒

電話番号　：

申込日　令和　年　月　日

|  |
| --- |
| 本人同意書  私は、上記のとおり、申出者　　　　　　　　　　に対して、私の診療記録が  提供されることに同意します。  　　　　　　　　　　　　　　　　患者本人（自筆） |