

診療情報提供(開示)申請書						
医療法人社団美心会 ヘルパークリニック/黒沢病院 理事長 黒澤 功 様						
私は、下記のとおり、診療情報の提供(開示)を希望いたします						
年 月 日						
開示申請者	氏 名					
		患者様とのご関係 本人 ・ ()				
	住 所	〒 -				
	電話番号	- -				
○開示を希望される記録						
診療情報等の開示を受けたい方(患者様)	フリガナ					
	患者様氏名					
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生				
	住 所	〒 -				
	電話番号	- -				
開示(閲覧)を希望する記録(該当する番号に○を記入して下さい)	開示種類		希望期間・診察日・部位等			
	1. 診療録	外来				
		入院				
	2. 検査記録					
	3. レントゲン写真					
	4. CT・MR画像					
5. その他						
開示(閲覧)を希望する日	第一希望	年	月	日	午前 ・ 午後	
	第二希望	年	月	日	午前 ・ 午後	
	第三希望	年	月	日	午前 ・ 午後	
	特に希望なし					
	その他					
※病院使用欄						
	受付	○申請者確認			主治医	理事長
		運転免許証・印鑑証明証・マイナンバーカード				
		パスポート ・ その他()				
		○親族確認書類				
		戸籍謄本 ・ 住民票				
		患者本人身分証明書				
		患者本人委任状(同意書)				
		その他()				

見本

開示を申し込まれる方のお名前・ご住所・お電話番号・患者様とのご関係のご記入をお願いいたします。

患者様のお名前・生年月日・ご住所・お電話番号のご記入をお願いいたします。

開示を希望される資料に○を付けてください。何年何月何日の資料が必要か、詳しくご記入をお願いいたします。

こちらの欄のご記入は不要です。