

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 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（	主治医	理事長