

診療情報開示請求書

公立学校共済組合
 関東中央病院長 殿

住 所 _____

請求者氏名 _____ 印

患者との続柄 ()

電 話 _____

次のとおり請求します。

開示請求 内容	(1) 診療科・区分 <div style="text-align: center;">_____ 科 ① 入院 ② 外来</div>	
	(2) 期 間 ①期間指定あり <div style="text-align: center;">年 月 日～ 年 月 日</div> ②全期間（現存する最も古い診療記録から～申請日）	
	(3) 開 示 内 容 ① 診療録 ② 看護記録 ③ 処方内容 ④ 検査記録 ⑤ 画像データ ⑥その他 ()	
開示区分	(1)閲覧 (2)謄写（コピー）	
患者本人 以外から の開示請 求の場合	患者氏名(年齢)	(歳)
	患者の住所 電話番号	〒 _____ () - _____
	患者の状況	(1) 判断能力不十分 (2) 未成年者 (3) 死亡 (4) その他
	患者本人から開示を 託された状況	

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、パスポート、健康保険証等）を提出してください。

注2 二親等以内の親族・法定代理人が開示する場合は、注1の書類のほかに続柄関係・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

請求者本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> その他 ()
受付担当者	年 月 日受付・担当者 ()