# 診療情報提供に関する開示申込書

請求日　　年　　月　　日

医療法人いずみ会　阪堺病院　院長殿

私は、貴院が保有する下記の診療情報を開示していただきたく、請求します。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 開示を受けようとする患者様 | フリガナ | (姓) | (名) |
| | 患者氏名 | | |
| | 診察券番号 | | |
| | 住　所 | | |
| | 生年月日 | | |

| 開示を希望する記録等（該当するものを〇で囲む） | 提供の方法 |
|---|---|
| 1. 診療記録のすべて | 1. 診療記録等の閲覧 |
| 2. 診療録（カルテ） | 2. 診療記録等の写しの交付 |
| 3. 検査記録・検査成績表 | 3. 要約書の交付 |
| 4. エックス線写真 | |
| 5. 画像：CT・MRI・エコー | |
| 6. その他 | |

開示請求者：本人（　　）、親権者（　　）、法定代理人（　　）

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿

## 同 意 書

私は、上記のとおり、（請求者）＿＿＿＿＿＿＿＿に対して、貴院が保有する私の診療記録が開示されることに同意いたします。

患者様本人（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿

本人確認のため、顔が確認できる次のいずれかが必要です

| | |
|---|---|
| 本人： | マイナンバーカード（　　）、運転免許証（　　）、パスポート（　　） |
| 親権者： | マイナンバーカード（　　）、運転免許証（　　）、パスポート（　　）<br>戸籍謄本または住民票（発行から6ヶ月以内のもの）、健康保険証（　　） |
| 法定代理人： | マイナンバーカード（　　）、運転免許証（　　）、パスポート（　　）<br>法務局が管理する登記事項証明書（後見人等であることの証明） |

| 受付担当者 | 医事課長 |
|---|---|
| | |

| 主治医 | 院長 | 事務長 |
|---|---|---|
| | | |

様式902-001A