

診療情報開示申請書

医療法人社団水生会 柴田病院 院長 様

① 申請日： 年 月 日

② 開示対象者情報

- 氏名： _____
- フリガナ： _____
- 生年月日： _____年____月____日
- 住所：〒 _____
- 電話番号： _____
- 申請者との関係：(本人 ・ 代理人)

③ 対象となる診療情報（開示を求める内容）

下記の通り、診療記録の開示を申請します。

- 診療日（期間）： _____年____月____日 ~ _____年____月____日
- 開示を希望する情報：
 - 診療録（カルテ） 検査結果 画像（レントゲン・CT等）
 - 看護記録 紹介状・診断書の写し その他（ _____ ）

④ 開示方法の希望

- 閲覧のみ
- 写しの交付（コピー希望）
- デジタルデータ（可能であれば）

⑤ 開示理由（任意）

⑥ 本人による申請の場合

本人確認のため、以下のいずれかの写しを添付

(運転免許証 健康保険証 マイナンバーカード表面 その他： _____)

⑦ 代理人による申請の場合

- 代理人氏名： _____
- 続柄・関係性： _____
- 代理人の連絡先： _____
- 委任状の添付： 有

⑧ 備考

⑨ 署名

申請者署名： _____

【病院使用欄】※記入不要

- 受付日： _____ 担当者： _____ 手数料： _____