

様式1

患者本人・法定代理人・成年後見人等用

患者番号 _____
患者氏名 _____ 男・女
生年月日 _____年 _____月 _____日 (_____ 歳)

病 院 長	副院長 (診療・安全担当)	医療情報 部 長	病院事務 部 長
医療支援 課 長	患者サービ ス 室 長	—	受付者
		—	

診 療 情 報 開 示 請 求 書

年 月 日

産業医科大学病院長 殿

(申請者) 続柄 _____

(ふりがな)
氏名 _____ ⑩

〒 _____

住所 _____

電話 _____

携帯 _____

次のとおり診療情報の開示を請求いたします。

開示を受けたい診療情報の期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
法定代理人又は 成年後見人等が 開示を請求する 場合	患者の状況*	・ 未成年者(15歳未満 ・ 15歳以上:同意の有・無) ・ 成年被後見人 ・ 被保佐人 ・ 被補助人 ~ 同意の有・無
	(ふりがな) 患者の氏名	年 月 日生
	患者の住所 電話番号	
希 望 す る 診 療 科	全科 ・ 一部 科	
希 望 す る 開 示 方 法*	1 閲覧 2 医師の説明 3 複写(画像を 含む・含まない)	

注1 *:該当するものを○で囲んでください。

注2 請求の際には、請求者本人であることを確認するために必要な書類(マイナンバーカード、運転免許証、旅券、保険証など)を提示してください。

注3 法定代理人又は成年後見人など(成年被後見人、被保佐人、被補助人)が請求する場合には、注2の書類のほか、その資格を確認するために必要な書類を提出してください。

注4 患者本人が、未成年者であって15歳以上の場合及び被補助人の場合は、患者本人の同意が必要です。

注5 閲覧日については、後日こちらから連絡いたしますが、約2週間前後の期日を要しますので、ご了承ください。

以下の欄は記入する必要がありません。

申請者の確認方法	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他()		
確認の記号番号等	担当部署 受 付 者	患者サービス室	
備 考			