

様式2

患者の特定の親族・被委任者用

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 _____ (印)

〒 _____

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。

患者の氏名(ふりがな)、生年月日	(ふりがな) _____ 年 月 日 生
患者の住所及び電話番号	〒 _____ 電話番号 _____
開示を受けたい診療情報の期間 *	_____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日
希望する診療科	全科・一部 _____科
患者本人との関係 *	1 同意を受けた者 2 委任を受けた者 3 親族・遺族
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 患者の同意を得た親族(2親等以内)の場合は「同意書」(様式3)、委任を受けた人の場合は「同意書・委任状」(様式4)を提出してください。

注4 意思表示ができない患者の親族または遺族からの開示請求は、2親等以内であることを確認できる書類(戸籍謄本など)を提出してください。

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			