

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 課 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)

$\overline{\tau}$

住所

電話 —————

攜帶 — —

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	☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ 旅券 ☐ 保険証 ☐ その他()		
確認の記号番号等		担当部署 受 付 者	患者サービス課
備 考			