

診療情報開示請求書

年 月 日

請求者 郵便番号
住所(居所)
氏 名
電話番号

開示請求に係る診療情報を特定するために必要な事項		(1)カルテ (全部・一部 年 月 日～ 年 月 日) 科 (2)検査結果 (全部・一部 年 月 日～ 年 月 日) 科 (3)その他	
開 示 の 実 施 方 法 (ご希望の□にチェックしてください。例「■」「レ」)		1 □ 閲覧、聴取又は視聴 2 □ 写しの交付 (□ 窓口での交付 □ 送付による交付) (1) □ 紙 (□ カラー部分を含む頁は、カラーコピーを希望する。) (2) □ CD—R □ (電磁的記録を保有していない場合には、スキャナによる複写物の交付を希望する(保有する処理装置により容易に実施できる場合に限る。)) (3) □ その他の媒体 ()	
請 求 者 と 本 人 の 関 係			
本人の状況等	本人の状況		
	本人の氏名及び住所(居所)	氏名	
		住所(居所)	(郵便番号 —) 電話番号 () —
※ 請 求 者 本 人 等 確 認		☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ 旅券 ☐ その他 () ☐ 戸籍謄本又は戸籍の全部事項証明書 ☐ 住民票の写し	
※ 事 務 担 当 課 等		診療情報管理室 電話番号 027-269-7455 (内線)	
※ 備 考			

注 1 請求の際は、本人であることを証明する書類（個人番号カード、運転免許証、旅券等）に加え、遺族であることを証明する書類（戸籍謄本）を提示し、又は提出してください。

2 ※印の欄は、記入しないでください。