

診 療 情 報 開 示 申 出 書

令和 年 月 日

県立広島病院長 様

住 所
申出者 氏 名
電話番号

次のとおり申し出ます。

1	申出に係る診療情報の内容		
2	提供の区分 (○で囲む)	(1) 閲覧 (2) 写しの交付	
3	申出の理由		
4	患者本人以外が、開示申出をする場合、患者本人の氏名等	患者本人の状況 (○で囲む)	(1) 成年被後見人 (2) 未成年者 (満 15 歳以上) (3) 未成年者 (満 15 歳未満) (4) その他 ()
		患者本人の氏名	
		患者本人の住所及び電話番号	
※ 事務局 処理欄	申出者本人確認欄	(1) 運転免許証 (2) 旅券 (3) 健康保険証 (4) その他 ()	
	申出者資格確認欄	(1) 戸籍謄本 (2) その他 ()	
※備 考			

(患者本人の同意)

私は、申出者が「申出に係る診療情報の内容」欄にある自身の診療情報の開示を申し出ること及び提供を受けることについて同意します。

※ 患者本人が、成年被後見人、満 15 歳未満又は死亡等の場合は記入不要

令和 年 月 日

患者氏名 _____

- 1 「申出に係る診療情報の内容」欄は、開示の申出をしようとする診療情報が特定できるよう具体的に記入してください。
- 2 「申出の理由」欄は、差支えなければ記入してください。(記入は任意)
- 3 「患者本人の住所及び電話番号」欄には、患者本人の連絡先が申出者の住所及び電話番号と異なるときは、連絡先も併せて記入してください。
- 4 申出者が患者以外の場合は、患者本人の同意が必要です。患者本人の同意欄に患者氏名を記入してください。(患者本人が、成年被後見人、満15歳未満又は死亡等の場合は除く)
また、申出者本人であることを証明する書類に加え、資格を有することを証明する書類を提示してください。
- 5 閲覧についての費用は無料です。
- 6 診療録、看護記録等文書の写し及びエックス線フィルムコピーを交付の場合は、「地方独立行政法人広島県立病院機構使用料及び手数料規程」による額を実費として、費用の支払いが必要となります。
- 7 ※印欄は、記入しないでください。