

診療情報の提供に関する申請書

福岡赤十字病院長 様

診療記録等の開示を 申請する患者氏名等	フリガナ							
	氏 名							
	診察券の番号							
	生年月日	西暦	年	月	日			
	住 所							
	電話番号							
申請の対象となる 診察時期	西暦 年 月 (日) から							
	西暦 年 月 (日) まで							
開示を希望する 診療科 (該当する診療科に○を記入)	総合診療科	消化器内科	腎臓内科	糖尿病・ 代謝内科	内分泌内科	循環器内科	呼吸器内科	肝臓内科
	脳神経内科	膠原病内科	感染症内科	外科	心臓 血管外科	脳神経外科	皮膚科	眼科
	整形外科	産婦人科	小児科	耳鼻咽喉科	形成外科	歯科 歯科口腔外科	放射線科	麻酔科
	血液・ 腫瘍内科	泌尿器科	精神科	高血圧内科	救急科	全科		
開示を希望する記録 (該当する所に○を記入)	一部の記録 (別紙にて申請下さい)	入 院	外 来	開示方法 (複写の場合は提供方法も選択)		閲 覧		
	全ての記録	入 院	外 来			複 写		
	画像データ(電子媒体)	要	不 要	複写の提供方法		※電子媒体	紙	

※電子媒体で提供できないものがあつた場合、紙での提供になりますので、ご了承下さい。

私は、上記のとおり診療録等の開示を希望します。

西暦 年 月 日

申請者 氏 名

患者との続柄

住 所 〒

電話番号

申請者が患者本人の場合は
省略可

☐ 申請内容に疑義がある場合、貴院から下記の者に問い合わせを行うことに承諾します。

(所 属 先)

氏 名

(患者との続柄:)

電話番号

申請の際、申請者本人であることを確認するために必要な書類(運転免許証、旅券、健康保険証、
注 (1) マイナンバーカード、年金手帳、公的機関発行の資格証明書など身分を証明できるもの)を提出又は提示してください。

法定代理人又は親族等が申請する場合は、(1)の書類の他、法定代理人又は親族等の関係を
注 (2) 確認するために必要な書類(戸籍謄本(抄本)、住民票、家庭裁判所の証明書等)を提出又は提示してください。

注 (3) 手数料は申請毎に発生しますので、ご注意下さい。

申請者が患者本人でない場合、次のどれに該当しますか。1つ選んで下さい。

- ☐ 本人の法定代理人
- ☐ 患者が未成年者である場合に、その親権者又は後見人。
- ☐ 患者が精神障害者である場合に、その保護者。⇒診断書を添えて下さい。
- ☐ 患者本人が選任した弁護士、親族及びこれに準ずる者。⇒所定の委任状を添えて下さい。
- ☐ 患者が開示を請求する意思能力を欠く場合において、患者の配偶者又は直系血族が選任した弁護士
(⇒所定の委任状を添えて下さい)及び現実に世話をしている親族及びこれに準ずる者。
- ☐ 患者が死亡した場合に、患者の配偶者、子、親、及びこれに準ずる者(これらの者の法定代理人を含む)

受付日 西暦 年 月 日

受付者
