

(様式1)

診療記録開示申請書

令和 年 月 日

病院長 様

申請者 住 所

氏 名

電話番号

下記のとおり申請します。

1 開示を求める 診療情報の内容		
2 提供の区分	(1) 写しの交付	(2) 閲覧
3 患者本人の氏名等 (患者本人以外が 申請する場合)	患者本人の氏名	
	患者本人との 関係	
	患者本人の住所 (及び電話番号)	
<p>【注意事項】</p> <p>1 「診療情報の内容」欄は、開示の申請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。</p> <p>2 法定代理人による申請の場合は、申請者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出し、または提示してください。</p> <p>3 「本人の住所及び電話番号」欄は、本人の連絡先が本人の住所及び電話番号と異なるときは、連絡先を記入してください。</p> <p>4 「写しの交付」については、北九州市立病院機構が規定する費用を徴収します。</p>		

病 院 処 理 欄	本人確認	(1) 運転免許証 (2) 健康保険証 (3) パスポート (4) 個人情報カード (5) その他 ()
	資格確認	(1) 住民票 (2) 戸籍謄本 (3) その他 ()
	備 考	