

(様式 1)

診療記録開示申請書（遺族）

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 実施の方法	1 か 2 のどちらかご希望の実施方法を○で囲んでください。 なお、1 をご希望の場合、実施の方法のいずれかに✓を付してください。 1 事務所における開示の実施 ☐ 写しの交付 ☐ 閲覧 2 写しの送付の方法による開示の実施 (診療情報を郵送します。)	
3 患者本人の 氏名等	患者本人の氏 名	
	患者本人との 関係	
【注意事項】 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。 2 申請者であることを証明する書類に加え、遺族又は遺族の法定代理人であることを証明する書類を提出、または提示してください。 3 「写しの交付」及び「写しの送付」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。		

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