

診療情報に関する開示請求書

年 月 日

清水駿府病院
病院長 殿

私は、貴院が保有する下記の診療情報の開示をしていただきたく、請求いたします。

開示を受けようとする患者	フリガナ (姓)	(名)
	患者氏名	
	診察券番号	
	患者住所	
	生年月日	
希望する診療情報提供の種類 (該当するものを○で囲む)	1 診療記録謄写 2 検査結果謄写 3 その他() <small>※1・2以外に必要な記録及び1・2等の説明が必要な場合は「3 その他」に記載する</small>	対象期間
		年 月 日 ~ 年 月 日 まで

開示請求者	氏名	
	患者との関係	<small>請求者が本人以外の場合、原則として本人同意書が必要です。</small>
	住所	
	電話番号	

(本人同意書)

私は、上記のとおり、(開示請求者) に対して、貴院が保有する私の診療記録等が開示されることに同意いたします。

患者本人(自署)

<備考>

受付

	委員長	主治医