

# 診療記録等開示申請書

令和 年 月 日

国立病院機構  
兵庫中央病院 院長 様

(申請者)

住所： 〒 -

氏名： 印

電話番号： - -

以下のとおり、開示申請します。

<p>1 申請に係る 診療情報の内容</p>	<p><input type="checkbox"/> 入院診療記録 年 月 日 ~ 年 月 日</p> <p><input type="checkbox"/> 外来診療記録 年 月 日 ~ 年 月 日</p> <p><input type="checkbox"/> 画像記録（レントゲン、CT、MRI 等） 年 月 日 ~ 年 月 日</p> <p><input type="checkbox"/> その他の記録 ( ) ( )</p> <p>(注) 希望される事項に☑してください。複数選択可</p>
<p>2 提供の区分 受取り方法</p>	<p><input type="checkbox"/> 診療記録の写しの交付      <input type="checkbox"/> 診療記録の閲覧</p> <p><input type="checkbox"/> 窓口      <input type="checkbox"/> 郵送</p> <p>(注) 希望される事項に☑してください。</p>
<p>3 患者の氏名等</p>	<p>患者本人の氏名： _____</p> <p>生年月日： _____ 年 月 日</p> <p>患者番号： _____</p>
<p>4 申請者と患者 本人の続柄</p>	<p><input type="checkbox"/> 申請者と同一      <input type="checkbox"/> 申請者と別      続柄 ( )</p>
<p>5 患者の住所 電話番号</p> <p>※申請者と同一の場 合は記載不要</p>	<p>住所： 〒 -</p> <p>-----</p> <p>電話番号： - -</p> <p>-----</p>

(事務局処理欄) ※以下は記載しないで下さい。

<p>申請方法 受付日(到着日)</p>	<p><input type="checkbox"/> 窓口      <input type="checkbox"/> 郵送      <input type="checkbox"/> その他 ( )</p> <p>令和 年 月 日</p>
<p>申請者(患者) 本人確認欄</p>	<p><input type="checkbox"/> 運転免許証   <input type="checkbox"/> 旅券      <input type="checkbox"/> 健康保険証</p> <p><input type="checkbox"/> マイナンバーカード   <input type="checkbox"/> その他 ( )</p>
<p>申請者資格 確認欄</p>	<p><input type="checkbox"/> 戸籍謄本</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ( )</p>

※ 備考