

西暦 年 月 日

診療情報開示請求書

芳賀赤十字病院 院長 様

私は、貴院が保有する下記の診療情報を開示請求します。

開示希望する患者	診察券 ID	
	フリガナ 患者氏名	
	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
	住所	〒
開示区分 (該当項目を○で囲む)	1. 謄写 2. 閲覧	
開示文書期間	(西暦) 年 月 日 ～ (西暦) 年 月 日	
開示を請求する記録等 (該当項目を○で囲む)	1. 診療記録すべて 2. 診療録 (カルテ) 3. 検査記録・検査報告 4. 画像 (X線、CT・MRI、エコー) 5. その他 ()	
備考		

開示請求者
氏名 (自署) ⑩

患者との関係

住所 〒

電話番号 — —

<以下、病院使用欄>

添付文書	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> その他 ()
受付日	年 月 日