　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(様式１)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **診療記録開示申請書**  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  　独立行政法人国立病院機構  　　神戸医療センタ－院長　殿  　　　　　　　　　　　　　　　(申請者)　住　　所      　　　　　　　　　　　　　　　　 　氏　　名  　　　　　　　　　　　　 電話番号  　以下のとおり、申請します。 | | |
| １．申請に係る診療記録の  開示内容  　(注)希望される項目を○で  囲んで下さい。(複数可） | | １．入院診療録  ２．外来診療録  ３．画像記録  ４．その他の記録（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 開示期間 | | 年　　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　　日 |
| ２．開示の方法 | | （１）診療記録の写しの交付 |
| ３．患者本人の氏名等  (申請者が患者本人でない　　場合に記入して下さい。) | | (患者本人の氏名) |
| (生年月日)　　　　　　　年　　　　　月　　　　日生 |
| (患者本人の住所及び電話番号)  住 所  電話番号 |
| (患者本人との続柄) |
| ※  事務局  処理欄 | 申請者本人  確 認 欄 | ア．運転免許証　　イ．旅　券　　ウ．健康保険証  エ．その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 申請者資格  確 認 欄 | ア．戸籍謄本　　　イ．委任状　　ウ．同意書  エ．その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| ※ 備　　　　　考 | |  |

(注)　※欄は、記入しないでください。