(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。