

診療記録開示申請書

年 月 日

独立行政法人国立病院機構
神戸医療センター院長 殿

(申請者) 住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

以下のとおり、申請します。

<p>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)</p>	<p>1. 入院診療録 2. 外来診療録 3. 画像記録 4. その他の記録 ()</p>				
<p>開示期間</p>	<p>年 月 日 ~ 年 月 日</p>				
<p>2. 開示の方法</p>	<p>(1) 診療記録の写しの交付</p>				
<p>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。)</p>	<p>(患者本人の氏名)</p> <hr/> <p>(生年月日) 年 月 日生</p> <hr/> <p>(患者本人の住所及び電話番号)</p> <p>住 所 _____</p> <p>電話番号 _____</p> <hr/> <p>(患者本人との続柄)</p>				
<p>※ 事務局 処理欄</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;">申請者本人 確 認 欄</td> <td style="padding-left: 10px;">ア. 運転免許証 イ. 旅 券 ウ. 健康保険証 エ. その他()</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">申請者資格 確 認 欄</td> <td style="padding-left: 10px;">ア. 戸籍謄本 イ. 委任状 ウ. 同意書 エ. その他()</td> </tr> </table>	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()
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()				
<p>※ 備 考</p>					

(注) ※欄は、記入しないでください。