

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 (レントゲン・CT・MRI) 4. 検査結果報告書 5. その他の記録 ()</p>
開示期間	年 月 日 ~ 年 月 日
2. 開示の方法	<p>(1) 診療記録の写しの交付 <input type="checkbox"/> 紙 <input type="checkbox"/> 電子データ (DVD)</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>(患者本人の氏名) (患者番号)</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) 住 所 電話番号</p> <hr/> <p>(患者本人との続柄)</p>
※ 事務局 処理欄	<p>申請者本人 確 認 欄</p> <p>ア. 運転免許証 イ. マイナンバーカード ウ. 社員証 エ. その他()</p>
	<p>申請者資格 確 認 欄</p> <p>ア. 戸籍謄本 イ. 委任状 ウ. 同意書 エ. その他()</p>
※ 備 考	

(注) ※欄は、記入しないでください。

2026.5 改訂