診療情報に関する開示請求書

年 月 日

医療法人愛仁会 亀田第一病院 病院長 殿

私は、「診療情報の開示を希望される方へ」を確認、理解のうえ、貴院が保有する下記の診療情報の開示を請求いたします。

開示を希望する 患者氏名等	フリガナ	(姓)	(名)
	患者氏名		
	診療券番号		
	住 所		
	生年月日		
開示を希望する 記録等 (該当するものに ○をつける)			診察日・部位等
	1	診療記録全て	
	2	診療録 (入院・外来)	
	3	検査記録・検査結果	
	4	X線写真	
	5	画像：CT、MRI等	
	6	看護記録	
	7		
	8		
9			

請求者
(自署)

氏 名 _____ 印 _____
患者との関係 本人 ・ 本人以外 (_____)
住 所 _____
電 話 番 号 _____

(郵送希望 有 ・ 無)

※請求者が代理人の場合は、委任状を併せて提出してください。

本人用

診療情報に関する開示請求書

年 月 日

医療法人愛仁会 亀田第一病院 病院長 殿

記入日を記載

私は、診療情報の開示を希望される方へ 確認、理解のうえ、貴院が保有する下記の診療情報の開示を請求いたします。

開示を希望する患者氏名等	フリガナ	(姓)カメダ (名)イチロウ	
	患者氏名	亀田 一郎	
	診療券番号	1 2 3 4 5 6 7	
	住 所	新潟県新潟市江南区西町〇-〇-〇	
	生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	
開示を希望する記録等 (該当するものに〇をつける)	1	診療記録全て	2020年9月～2021年1月 整形外科 入院・通院分
	2	診療録 (入院・外来)	
	3	検査記録・検査結果	
	4	X線写真	
	5	画像：CT、MRI等	
	6	看護記録	
	7	※上記1～6に該当の無い記録の場合は、7～9に記載	
	8		
	9		

請求者
(自署)

氏 名 亀田 一郎 (印) ←押印
患者との関係 本人 ・ 本人以外 ()
住 所 同上 (←患者様ご本人の場合は「同上」で結構です)
電 話 番 号 025-999-9999 (日中連絡のつくもの)

(郵送希望 有 ・ 無)

※請求者が代理人の場合は、委任状を併せて提出してください。

診療情報に関する開示請求書

年 月 日

医療法人愛仁会 亀田第一病院 病院長 殿

記入日を記載

私は、診療情報の開示を希望される方へ 確認、理解のうえ、貴院が保有する下記の診療情報の開示を請求いたします。

開示を希望する 患者氏名等	フリガナ	(姓)カメダ (名)イチロウ	
	患者氏名	亀田 一郎	
	診療券番号	1 2 3 4 5 6 7	
	住 所	新潟県新潟市江南区西町〇-〇-〇	
	生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	
開示を希望する 記録等 (該当するものに 〇をつける)	1	診療記録全て	2020年9月～2021年1月 整形外科 入院・通院分
	2	診療録（入院・外来）	
	3	検査記録・検査結果	
	4	X線写真	
	5	画像：CT、MRI等	
	6	看護記録	
	7	※上記1～6に該当の無い記録の場合は、7～9に記載	
	8		
	9		

請求者
(自署)

氏 名 亀田 花子

印 ←押印

患者との関係 本人 ・ 本人以外 (長女)

住 所 新潟県新潟市江南区亀田早通〇-〇-〇

電 話 番 号 025-999-9999 (日中連絡のつくもの)

(郵送希望 有 ・ 無)

※請求者が代理人の場合は、委任状を併せて提出してください。