

診療記録開示請求書

年 月 日

宇和島市立津島病院
院長 様

(請求者) 住所
氏名 印
生年月日
電話番号

下記のとおり診療情報の開示を請求いたします。

請求者記載欄	開示方法	☐ 閲覧 ☐ 写しの交付	
	開示を希望する範囲	☐ 入院 ☐ 外来	
		診療科【 】	
		期間【 年 月 日～ 年 月 日】	
		☐ カルテ ☐ 処方内容 ☐ 手術記録 ☐ 検査所見 ☐ 画像記録 ☐ 看護記録 ☐ その他【 】	
代理の場合のみ記載	被開示者（患者本人）	氏名【 】	
		生年月日【 】	
	被開示者との関係	【 】	
	代理請求の理由	【 】	

- 注 1 請求時、請求者の確認のため身分証明書（運転免許証、健康保険証等）の提示が必要です。
- 注 2 代理請求の場合は、被開示者との関係が証明できる書類（戸籍謄本等）の提示が必要です。
また被開示者の同意書が必要な場合があります。
- 注 3 受理から 15 日以内に開示をする旨又は開示をしない旨の決定をし、お知らせします。
- 注 4 写しの作成に係る費用（A4 用紙 1 枚 10 円、DVD-R1 枚 1,000 円＋税）が必要です。

当院処理欄

病院記載欄	請求者の確認	☐ 運転免許証 ☐ 健康保険証 ☐ その他【 】	
	代理人の確認	☐ 戸籍謄本 ☐ その他【 】	
	担当 事務局医事係 【 】 代表Tel0895-32-2011	備考	受理 年 月 日