個人情報（診療記録）開示請求書

　　年　　　月　　　日

西予市立西予市民病院長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

住　　所

請　求　者　氏　　名　　　　　　　　　　　　 ㊞

電話番号

次のとおり個人情報（診療記録）の開示を請求します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １　個人情報（診療記録）の開示を受けたい患者 | 住　　所 |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 |  |
| 診察券番号 |  |
| 本人確認書類※ | １ 運転免許証　　　　　２ 健康保険被保険者証３ マイナンバーカード　４ その他（　　　　　　　　　　　　） |
| ２　請求に係る個人情報（診療記録）の内容・対象期間 | 内　　容※ | １ 診療録（カルテ）　　２ 看護記録３ 処方内容　　　　　　４ 検査記録５ 検査結果報告書　　　６ 診断画像７ 手術記録　　　　　　８ その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 期　　間 | 　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　　日 |
| ３　提供の実施方法等 | 実施方法※ | １　閲覧２　診療記録の謄写の交付（説明無）３　診療記録の謄写の交付（説明有）４　診療記録の謄写の交付（請求者住所へ送付） |
| 謄写先媒体※ | １　電子媒体(CD-R/DVD-R)　※指定がない場合は１となります２　紙媒体(A4版再生紙) |
| ４　患者本人以外の請求の場合 | 患者との関係※ | １　法定代理人　　２　任意後見人　　３　親族等４　遺族　　　　　５　その他（　　　　　　　　） |
| 請求者資格確認書類※ | １　戸籍謄抄本　　２　登記事項証明書３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 患者本人の状況等※ | １　未成年者（　　　　年　　　月　　　日生）２　成年被後見人 |
| (ふりがな)本人氏名 |  |
| ５　備　　　　考 |  | 受　 付　 印 |  |

注１　※の欄は該当するものの数字を〇印で囲んでください。

　２　資格確認書類は原本証明のあるものを提出し、または提示してください。（提示されたものはコピーを取得します。）

　　　また、本人確認書類以外の資格確認書類は請求日より30日以内に発行されたものを提出してください。

　３　患者本人が15歳以上の未成年者の場合は、本人氏名欄は必ず患者本人が自署してください。