

見本

診療記録等開示申出書

令和 6 年 4 月 1 日

愛知県がんセンター病院長殿

氏 名 愛知 花子
 申出者 住 所 愛知県名古屋市千種区〇〇町〇番地
 〇〇マンション〇号室
 電話番号 (052) 〇〇〇-〇〇〇〇
 (日中に連絡の付きやすい連絡先) (090) 〇〇〇〇-〇〇〇〇

下記のとおり申し出ます。

1 申出に関する診療記録等の内容	※申請される診療記録等の内容をご記入ください。ご記入の際には、裏面の注意事項をお読みください。	
	診療録全て 画像全て <input checked="" type="checkbox"/> 診療録全て (他機関作成文書なし) <input type="checkbox"/> 診療録全て (他機関作成文書あり) <input type="checkbox"/> 診断報告書のみ <input checked="" type="checkbox"/> 画像 CD-ROM <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 対象期間 (令和2年 4月 1日 ~ 令和6年 3月 31日)	
2 開示の区分 (○で囲む)	(1) 閲 覧 (2) 写しの交付	
3 患者の氏名等 (患者本人が申出者の時は記載不要)	患者氏名	(フリガナ)
	患者の住所・電話番号	(- -)
	患者の状況 (○で囲む)	(1) 成年被後見人、被保佐人、被補助人 (2) 未成年者 (満 15 歳以上) (3) 未成年者 (満 15 歳未満) (4) その他 ()
4 患者との続柄	本人	
5 備 考	<input type="checkbox"/> 郵送希望 (送付先:)	
	<input type="checkbox"/> その他 ()	
* 事務局 処理欄	申出者本人 確認欄	(1) 運転免許証 (2) 旅 券 (3) 個人番号カード (4) その他 ()
	申出者資格 確認欄	(1) 戸籍謄本・抄本 (2) 後見登記事項証明書 (3) その他 ()
	その他	

*欄は、記入しないでください。

※裏面の注意事項をお読みください。