

# 診療情報等の開示申請書

六甲病院長 殿

診療情報の開示の対象となる患者	(ふりがな)	(姓)	(名)
	患者氏名		
	住所		
	電話番号	( )	—
	生年月日	年	月 日
開示を希望する診療情報	診療情報名	診察日・部位など	
	診療録		
	検査記録		
	画像記録		
	その他		
※該当する診療情報の欄に○を記入して下さい。			
※開示箇所を限定する場合は、診察日・部位などの欄にも記入して下さい。			
開示理由など			

私は、上記のとおり診療情報の開示を希望します。

令和 年 月 日

申請者：氏名 \_\_\_\_\_ 患者との関係 \_\_\_\_\_

申請者が患者様本人の場合には記入不要	住所 _____
	電話番号 ( ) _____

## 本人同意書

私は、申請者 \_\_\_\_\_ に対して、上記の申請書のとおり私の診療情報が開示されることに同意します。

患者様本人（自筆） \_\_\_\_\_

※当院使用欄

病院長		担当医	受付	事務部長
決裁日 /			受付日 /	