

診療情報提供申請書

株式会社 日立製作所
 ひたちなか 総合病院 院長 殿

開示を受けたい患者	患者番号								
	フリガナ								
	患者氏名								
	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	年	月	日				
	住所	〒							
	電話番号								
提供を希望する理由									
開示の方法 および 開示を希望する記録	診療科名								
	診療期間	(西暦)	年	月	日	～(西暦)	年	月	日
	診療区分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来							
	開示方法	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付(全部) <input type="checkbox"/> 写しの交付(一部) 注:写しの交付で[一部]を希望する場合は、以下に希望する記録を指定して下さい。 <input type="checkbox"/> 臨床経過記録書 (カルテ[入院・外来]) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 検査関連記録 (検査報告書等) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 画像資料 (X線・CT・MR等[フィルム・CD-R]) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> その他 []							
	閲覧希望日	<input type="checkbox"/> 希望無し <input type="checkbox"/> 希望有り							
	第1希望	(西暦)	年	月	日	午前・午後			
	第2希望	(西暦)	年	月	日	午前・午後			

上記の通り、診療記録の開示を申請致します。

(西暦) 年 月 日

申請者氏名 (印)

患者との関係
本人
法定代理人
法定代理人以外の親族またはこれに準ずる者
任意の代理人
その他 []

申請者が本人の場合は記入不要

郵便番号: 〒
 住 所:
 電話番号:

当院 記載欄	申請時	申請者確認	()運転免許証 ()パスポート ()健康保険証 ()その他 ()					
		患者との関係						
	開示時	添付書類	()委任状 ()その他 ()					
		申請者確認	()運転免許証 ()パスポート ()健康保険証 ()その他 ()					
	開示日	年 月 日						