

年 月 日

神奈川県厚生農業協同組合連合会
相模原協同病院長

診療情報開示請求書

請求者 (患者本人、患者本人以外)

氏 名 _____ 印
生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日
住 所 _____
電話番号 _____

開示してほしい診療情報の内容と方法

情報開示を請求する診療科	科
<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 口頭による説明	<input type="checkbox"/> 外来診療録 <input type="checkbox"/> 外来検査記録 <input type="checkbox"/> 外来でのフィルム等の画像 <input type="checkbox"/> 入院診療録 <input type="checkbox"/> 入院看護記録 <input type="checkbox"/> 入院検査記録 <input type="checkbox"/> 入院でのフィルム等の画像
<input type="checkbox"/> コピー	<input type="checkbox"/> 外来診療録 <input type="checkbox"/> 外来検査記録 <input type="checkbox"/> 外来でのフィルム等の画像 <input type="checkbox"/> 入院診療録 <input type="checkbox"/> 入院看護記録 <input type="checkbox"/> 入院検査記録 <input type="checkbox"/> 入院でのフィルム等の画像
情報開示請求する診療期間	年 月 日から 年 月 日

注意：情報開示は他医療機関からの情報は含まれません。

患者本人以外が請求する場合

患者本人氏名 _____

患者本人住所 _____

TEL _____

請求者の患者本人との続柄 _____