

診療記録等の開示申出書

令和 年 月 日

(宛先) 札幌市病院事業管理者

〒
住所

氏名

生年月日 T・S・H・R 年 月 日生

電話番号 () -

下記のとおり開示を求めます。

1 診療情報の内容		
2 提供の区分	(1) 閲覧 (2) 口頭による説明 (3) 写しの交付	
3 申出者が患者本人以外の場合	申出者の区分 (○で囲む)	(1) 法定代理人 () (2) 患者の同意を得た者
	患者本人の氏名	(T・S・H・R 年 月 日生)
	患者本人の住所 及び電話番号	住所 電話番号 () -
※処理欄	本人確認	(1) 運転免許証 (2) 旅券 (3)健康保険証 (4) その他 ()
	資格確認	(1)戸籍謄本 (2)その他 ()
	備考	

注1 「診療情報の内容」欄は、開示の申込みをしようとする診療情報が特定できるよう具体的に記入して下さい。

2 法定代理人による申込みの場合は、申込者であることを証明する書類に加え、資格を有することを証明する書類を提出し、または提示して下さい。

3 「患者本人の住所及び電話番号」欄は、患者本人の連絡先が患者本人の住所及び電話番号と異なるときは、連絡先を記入して下さい。

4 「写しの交付」について、日本産業規格A列3番までの大きさの用紙を用いて写しを作成する場合には、当該写し1枚につき10円を、その他の方法により写しを作成する場合には、当該写しを作成するために実際に要した費用に相当する額を徴収します。

※印欄は、記入しないで下さい。

本人同意欄

私は、申出者 () に対して、上記申出書のとおり私の診療記録等が開示されることに同意します。

令和 年 月 日

(宛先) 札幌市病院事業管理者

自署 _____

※ この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができます。