

### 診療情報開示申請書

令和 年 月 日

TMG あさか医療センター 病院長 殿

私は、下記の通り診療情報の提供を希望します。

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 患者との関係： \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

診療情報の提供を受ける患者	フリガナ		
	患者氏名	(姓)	(名)
	住所		
	電話番号		
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳)	
開示を希望する範囲  ( 希望する項目に ○をつけて下さい )	診療記録	診療科： 外来 ・ 入院 ・ 全て 期間： 年 月 日 ~ 年 月 日	
		診療科： 外来 ・ 入院 ・ 全て 期間： 年 月 日 ~ 年 月 日	
		診療科： 外来 ・ 入院 ・ 全て 期間： 年 月 日 ~ 年 月 日	
	画像	診療科： 外来 ・ 入院 ・ 全て 期間： 年 月 日 ~ 年 月 日	
	その他		
受取希望日	第一希望日	令和 年 月 日 ( 午前 ・ 午後 )	
	第二希望日	令和 年 月 日 ( 午前 ・ 午後 )	
	<input type="checkbox"/> 出来上がり次第	※日曜、祝日を除く	
備考			

診療情報の開示申請について、当院で検討・審議した結果、開示を承諾致します。

令和 年 月 日

診療部長/主治医 \_\_\_\_\_

受理日	管理室担当者

※記入例

(様式1号)

診療情報開示申請書

令和 1 年 7 月 20 日

TMG あさか医療センター 病院長 殿

私は、下記の通り診療情報の提供を希望します。

申請者氏名 朝霞台 太郎 患者との関係: 本人

住所 埼玉県朝霞市溝沼 1340-1 電話番号 048-466-2055

	フリガナ	アサカダイ	タロウ
診療情報の提供を受ける患者	患者氏名	(姓) 朝霞台	(名) 太郎
	住所	埼玉県朝霞市溝沼 1340-1	
	電話番号	048-466-2055	
	生年月日	大正 <u>昭和</u> 平成・令和 60 年 1 月 1 日 (35 歳)	
開示を希望する範囲 (希望する項目に○をつけて下さい)	診療記録	診療科: <u>整形外科</u> <u>外来</u> ・ 入院 ・ 全て	期間: H26 年 8 月 8 日 ~ H26 年 8 月 10 日
		診療科: 年 月 日	期間: 年 月 日
	画像	診療科: <u>整形外科</u> 外来 ・ 入院 ・ <u>全て</u>	期間: 年 月 日 ~ 年 月 日
その他			
受取希望日	<u>第一希望日</u>	令和 1 年 8 月 15 日 (午前・ <u>午後</u> )	
	第二希望日	令和 年 月 日 (午前・午後)	
	<input type="checkbox"/> 出来上がり次第	※日曜、祝日を除く	
備考	開示申請日より 2 週間以降のお日にちをご記入ください。		

申請者様記入欄

診療情報の開示申請について、当院で検討・審議した結果、開示を承諾致します。

令和 年 月 日

診療部長/主治医

当院記入欄

受理日	管理室担当者