

【様式1】

診療情報提供(開示)申請書

No. _____

昭和医科大学藤が丘病院長 殿

申請者

(ふりがな)

氏 名

印

住 所

〒

—

電話番号①

②

* 日中可能な番号

患者との関係

1. 本人

2. 親族(続柄

)

3. その他(

)

* 満15歳以上の未成年者については、疾病の内容によって本人の請求を認めます。

(ふりがな)		性別
患者氏名		男 ・ 女
診察券番号		
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日生	
提供を希望する 診療記録 (☒ を記入)	1. 外来の記録 2. 入院の記録 ☐ 謄写 ☐ 医師記録 ☐ 看護記録 ☐ 検査記録 ☐ 同意書類 ☐ 経過表 ☐ 画像記録(☐ CD-R ・ ☐ フィルム) ☐ その他() ☐ 閲覧	
医師からの 診療内容の説明	☐ 希望しない ☐ 希望する(1時間以内) * 可能であれば事前に質問内容をお知らせください。	
診 療 科 名	1. 診療科を指定する [] 2. 今までに受診した診療科全部を希望	
提供を希望する 診 療 期 間	(外来) 年 月 日 ~ 年 月 日 (入院) ① 年 月 日 ~ 年 月 日 ② 年 月 日 ~ 年 月 日	
患 者 の 状 況	(申請者が患者本人の場合は記入不要) 1. 未成年 2. 死亡 3. その他()	
私は、上記のとおり診療情報の提供を希望します。 年 月 日		

本人同意書(※申請者が患者本人の場合は記入不要)

私は、上記のとおり申請者 _____ に対して
私の診療情報が提供されることに同意します。

患者本人(自筆)

印