

診療録等開示申請書		
年 月 日		
国立病院機構 下総精神医療センター院長殿		住所
		氏名 印
		電話番号
以下のとおり申請します。		
1. 申請にかかわる 診療情報の内容		ア. 診療録(カルテ) イ. 看護記録 ウ. 処方箋 エ. 検査記録 オ. エックス線写真 カ. その他( )
2. 提供の区分		ア. 閲覧      イ. 謄写 謄写を選択した理由( )
3. 患者本人の氏名等 (申請者が患者本人 でない場合)		患者本人の氏名
		患者本人の住所 ----- 及び電話番号 -----
		患者本人との続柄
*  事務局 処理欄	申請者本人 確 認 欄	運転免許証      旅券 健康保険証      その他( )
	申請者資格 確 認 欄	戸籍謄本 その他( )
*      備      考		

(注意) \* 欄には、記入しないで下さい。

# 同意書

令和 年 月 日

住所: \_\_\_\_\_

氏名: \_\_\_\_\_ 印

私は、貴院が、〇〇 × × 弁護士に対して、私の貴院での診療内容及び診療結果等について  
のすべての情報を開示することに同意いたします。