

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。