診療情報等に関する開示請求書

年　　月　　日

一般財団法人神奈川県警友会
けいゆう病院　院長 殿

私は，貴院が保有する下記の診療情報等を開示していただきたく，請求します。

① 開示を希望する患者氏名等をご記入ください。

フリガナ	
患者氏名	
生年月日	大・昭・平・令　　年　　月　　日（　　歳）
診察券番号	
住　　所	〒
電話番号	（　　）

② 開示を希望する診療情報等の内容にチェックを入れてください。

□ 診療録（カルテ）　□ 退院時要約（サマリ）　□ 検査結果
□ X線写真・ＣＴ等の画像　□ その他の資料

③ 提供する診療情報等を特定できるよう，具体的にご記入ください。

④ カルテの提供形式を選択してください。　□ 紙　□ 光学ディスク（CD・DVD等）
※レントゲン等は光学ディスクでの提供になります。また，費用が変動しますのでご相談ください。

⑤ 開示請求者記載欄

患者との関係	□　本人　（ ①と同様の場合 ）※身分証をご提示ください。 □ その他 (続柄:　　)※身分証・戸籍謄本をご提示ください。

「その他」の場合は以下をご記入ください。本人同意書（自署）も必要です。

氏　　名
住　　所　〒
電話番号　（　　）

本人同意書

私は，上記のとおり（請求者）＿＿＿＿＿＿＿＿に対して，貴院が保有する私の診療情報が開示されることに同意いたします。

患者本人（自署）

院長	事務局長	事務局次長	担当医	医事課長	取扱者	訂正実施	訂正可否