

診療情報の提供（開示）申請書

医療法人 徳洲会 札幌東徳洲会病院長 様

【診療情報を受けたい患者様氏名】

フリガナ

患者氏名

生年月日 M・T・S・H・R 年 月 日 生

住 所

電話番号

【診療情報の提供（開示）を希望される記録等】 [希望のものに○]

診療記録（入院・外来） ・ レントゲン写真 ・ その他（ ）

期間 年 月 日～ 年 月 日まで

【開示方法】 [希望のものに○] 閲覧 ・ 閲覧及び説明 ・ 複写

診療記録 複写の場合 [希望のものに○] 最終版 ・ 修正履歴有り

私は、上記のとおり、貴院での診療にかかる記録等の提供（開示）を請求いたします。

令和 年 月 日

請求者（本人による請求）

氏 名 印

※代理人による請求の場合、以下の欄にも記入のうえ、患者様本人の意思確認ができる委任状を添えて下さい。

代理人氏名（代理人自署） 印

代理人住所

電話番号 患者様との関係