

カルテ等診療情報の開示申込書

道北勤医協一条通病院 院長殿

申込日 年 月 日

申請者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	〒		
	電話番号	()		
	患者との関係	1. 本人 2. 成年被後見人の法定代理人 3. 代理権が付与されている任意後見人 4. 患者本人から代理権を与えられた親族及びこれに準ずる者 5. 未成年者の法定代理人 6. 患者の世話をしている親族及びこれに準ずる者 7. 患者本人が死亡の場合は法定相続人		
		※申請者が上記2～7に該当する場合は、委任状等各種書類が必要です。		
	開示方法	1. 診療記録の複写	2. 医師からの説明	
本人又は代理人の確認方法	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 身分証明書 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他証明書()			

道北勤医協カルテ開示規定に基づき、次の患者のカルテ開示を申し込みます。

患者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	〒		
	電話番号	()		
● 開示を希望する記録について				

※正当な手続きを経て行われた情報の開示により発生する、本人もしくは開示請求者の不利益に対しては病院は一切責任を負いません。