

診療情報開示申請書

申込年月日： 年 月 日

芦屋セントマリア病院 院長殿

貴院が保有する下記の診療情報の開示につき請求いたします。（太枠のご記入をお願いします）

開示請求者

お名前	
ご住所	〒
電話番号	

1 患者本人 の氏名等	カガナ 氏名 生年月日 年 月 日 診察券番号 ・ 不明		
2 請求者 との間柄	☐ 本人 ☐ 患者の家族（間柄： ） ☐ 弁護士、保険会社等 ☐ 法定代理人（15 歳未満の親権者、未成年後見人、成年後見人 ※いずれかに○を記入）		
3 用 途			
4 開示請求 する内容	記 録	☐ 診療録 ☐ 放射線画像記録（CD-R） ☐ 検査結果、報告書 ☐ その他（ ）	
	期 間	☐ 全期間（診療録にある期間全て） ☐ 期間 年 月 日 ～ 年 月 日	

◎病院記入欄

申請者本人 確認覧	☐ 運転免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ パスポート		
	☐ 健康保険証 ☐ 住民票 ☐ 戸籍謄本 ☐ 国民年金手帳		
	☐ その他（ ）		
申請者資格 確認覧	☐ 戸籍謄本 ☐ 住民票 ☐ その他（ ）		
備 考			

受付年月日： 年 月 日 担当者：