

## 診療情報開示請求書

年 月 日

東北大学病院長 殿

(請求者)

〒

住 所

(フリガナ)

氏 名 (署名)

電話番号

患者 ID

次の通り診療情報の開示を請求します。

## 1. 開示を請求する内容と方法

\*該当する箇所の記入、または□にレ点を入れてください。

請求内容	<input type="checkbox"/> 全ての診療記録	全期間 (初診～最終受診日) 全診療科 (受診した診療科)	〔画像の要否: <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要〕	
	<input type="checkbox"/> 指定の診療記録	①診療科名:	科	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院
		指定期間:	年 月 日	～ 年 月 日
		②診療科名:		<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院
		指定期間:	年 月 日	～ 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 診療記録	<input type="checkbox"/> 検査記録 (病理)	<input type="checkbox"/> 画像 (CD-R)	
	<input type="checkbox"/> その他 ( )			
開示方法	<input type="checkbox"/> 複写 <input type="checkbox"/> 閲覧			

## 2. 開示請求に係る患者情報 (患者本人以外が請求する場合)

患者氏名		患者との関係
生年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母
住 所	〒	<input type="checkbox"/> 子 (具体的に )
電話番号	— —	<input type="checkbox"/> 法定代理人・弁護士
患者本人から開示を託された理由		<input type="checkbox"/> その他 ( )

《注》請求に際しては、本人等の確認のため別表による書類が必要になります。

病院使用欄	患者本人	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 健康保険証	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> 旅券 (パスポート)
		<input type="checkbox"/> その他:		確認した番号:	
	患者本人以外	<input type="checkbox"/> 委任状	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本	<input type="checkbox"/> 住民票	<input type="checkbox"/> 運転免許証
<input type="checkbox"/> その他:					
備考			受付日		確認者