

診療情報開示申請書

年 月 日

地方独立行政法人 知多半島総合医療機構
知多半島総合医療センター 病院長 殿

申請者	氏 名				
	生年月日	年	月	日	
	〒	－			
	住 所				
	連絡先	－	－		

下記のとおり診療情報の開示を申請します。

開示希望 内容	記録	☐ 診療録 ☐ 画像データ (CD/DVD) ☐ 検査結果・レポート ☐ その他 ()
	期間	☐ 全期間 (診療記録のある期間全て) ☐ 期間 年 月 日 ~ 年 月 日 ☐
開示の方法	☐ 謄写 : 修正履歴 (要 ・ 不要) ☐ 閲覧	
申請者の区分	☐ 本人 ☐ 配偶者 ☐ 法定相続人 ☐ 法定代理人 ☐ その他 ()	
患 者 本 人 の 氏 名 等 (患者本人以外が申請 する場合に記載)	フリガナ 氏 名 生年月日 年 月 日 住 所 連絡先 ー ー	
	患者本人の状況 ☐ 18歳以上 ☐ 18歳未満 ☐ 成年被後見人 ☐ 死亡 ☐ その他 ()	

申請書受付者