

病院長	事務長	医療情報部長	部長	主治医	室長	担当

		(様式第1号)	
		診療情報開示申請書	
		年 月 日	
福岡大学筑紫病院長 殿		住所 (フリガナ)	
		氏名	印
		開示申請者 生年月日	
		患者との続柄	
		電話番号	
下記のとおり申請します。			
1. 謄写を希望する診療情報の内容	<input type="checkbox"/> 外来診療録 <input type="checkbox"/> 入院診療録 <input type="checkbox"/> X線画像 (MRI 含む) <input type="checkbox"/> その他 () 期間 () 診療科 ()		
2. 履歴表示の有無	(1) 履歴表示 有り (2) 履歴表示 無し		
3. 患者本人以外の申請の場合の患者本人の氏名等	患者本人の状況	(1) 成人 (2) 未成年者 (満 15 歳以上) (3) 未成年者 (満 15 歳未満) (4) 成年被後見人 (5) 死亡 (6) その他 ()	
	患者本人の氏名		
	患者本人の生年月日		
	患者本人の住所		
	患者本人の電話番号		
4. 本人同意書	私は、上記の申請者 に対して、私の診療情報を開示することを同意します。 患者本人氏名 (自筆) 印		
* 事務局 記入欄	申請者本人確認	(1) 運転免許証 (2) 旅券 (3) 健康保険証 (4) その他 () 記号番号	
	申請者資格確認	(1) 戸籍謄本 (2) その他 ()	
	本人同意確認	年 月 日 確認者	