

## 診療録等開示申請書

(西暦) 年 月 日

大阪南医療センター 院長 殿

申請者 住 所 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_ 診察券番号 \_\_\_\_\_

以下のとおり、申請します。

1 申請に係る 診療情報の内容	ア. 診療録 イ. 看護記録 ウ. 助産記録 エ. 処方箋 オ. リハビリ記録 カ. 検査記録 キ. 検査結果報告書 ク. エックス線写真 ケ. 経過表 コ. 看護計画等 サ. その他 ( )	
	入院・外来の別	入院 ・ 外来
	対象とする期間	(西暦) 年 月 日 ~ 年 月 日
2 提供の区分	ア. 閲覧 イ. 謄写	
3 患者本人の氏名等 (申請者が患者本人 でない場合)	患者本人の氏名 男 ・ 女	
	生年月日 (西暦) 年 月 日 診察券番号	
	患者本人の住所 及び電話番号	
	患者本人との続柄	
* 事務局 処理欄	申請者本人 確認欄	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	申請者資格 確認欄	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 ( )
* 備考		

## &lt;注&gt;

1. \*欄には、記入しないでください。