

### 診療記録開示申出書

水戸赤十字病院  
院長 野澤 英雄 様

次のとおり診療情報の開示を申し出ます。

※患者ID								
患者氏名				印	生年月日： M.T.S.H.R	年	月	日
住所 電話番号	( )			-				
申出者氏名				印	患者本人との続柄：			
住所 電話番号	( )			-				
申し出にかかる 診療記録の内容	期間 年 月 日 ~ 年 月 日・現在 診療科等 _____科 (入院・外来) 内容等 治療内容・検査・レントゲン・薬 その他 ( )							
希望する開示 の方法	閲覧・写の交付 その他 ( )							

- 注1 申出者が患者様本人の場合は、申出者の氏名等の記載は必要ありません。  
 注2 申出者が患者様以外の場合は、患者様本人が同意書に記載・押印してください。  
 また患者様、申出者等の本人確認のため、運転免許証、マイナンバーカード、健康保険被保険者証等  
 顔写真付きの身分証明書を提出してください。  
 注3 ※印は病院で記入します。

### 患者本人同意書

<p>私は、上記のとおり申出者 _____ に対し、私の診療記録が開示されることに同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>氏名 (自署) _____ 印</p>
--

注 申出者が患者様本人の場合は、患者本人同意書の記載は必要ありません。

### ※ 病院記入欄

受理年月日	令和 年 月 日	受理者	
申出者提出書類	別添写のとおり		
[備考]			