

年 月 日

医療法人 仁泉会 MIクリニック診療情報開示請求書

MIクリニック病院長 殿

診療情報開示を受けたい 患者情報	フリガナ		
	氏名		
	住所		
	生年月日	年	月 日生
	電話番号	()	—
開示を希望する情報 期間 年 月 日 ～ 年 月 日	カルテ	<input type="checkbox"/> 診療録	
		<input type="checkbox"/> 画像診断報告書のみ	
	出力形式	<input type="checkbox"/> 紙	<input type="checkbox"/> デジタルデータ(DVD-R)
	検査画像	<input type="checkbox"/> DVD-R	

私は、上記のとおり、診療情報等の開示を希望します。

請求日 年 月 日

請求者

氏名

(本人署名欄)

代理請求者

(本人以外署名欄)

続

柄

診療情報開示を受けたい患者情報と請求者が異なる場合のみご記載ください。

住所

電話番号 () —

本人同意

請求者が本人以外となる場合、本開示請求書と一緒に(様式2)委任状に必要事項記載の上、他必要書類とあわせて提出となります。

(職員欄)	院長	月 日	副院長	月 日	事務長	月 日	担当	月 日
	MIID							

受取サイン	
-------	--

運転免許証 資格確認書 パスポート マイナンバーカード その他 ()