

(様式1-2号)

診療記録開示許可請求書

年 月 日

福岡大学病院長 殿

◎開示請求者情報

氏名 注1	(ふりがな)
住所	〒 -
電話番号	電話番号 () - 携帯番号 - -
患者との関係	
患者本人から 委任状(同意書)を 取得できない理由	
患者との関わり 注2	

以上の理由により、患者本人に代わり診療記録の開示を請求いたします。

開示を受けたい 患者情報	登録番号 - - (ふりがな) 氏名 性別(男・女) 生年月日(T・S・H・R 年 月 日生) 年齢(歳) 住所 〒 - 電話番号() - 携帯番号 - -
開示請求する 診療記録の内容	(1) 入外区分(入院・外来) (2) 診療科(部) () (3) 診療記録(年 月 日 ~ 年 月 日) (4) 画像(年 月 日 ~ 年 月 日) (5) 他施設作成成分 □診療記録(年 月 日 ~ 年 月 日) □画像(年 月 日 ~ 年 月 日) [病院名:]
受取者 注3	(1) 請求者本人 (2) 請求者本人以外(氏名: (続柄:))
開示方法	(1) 紙媒体 (2) 電子媒体(CD-R)
備考	

注1 請求の際には、請求者本人であることを証明するために健康保険証・運転免許証等を提出してください。

注2 現実にはどのように患者の世話をしているか、詳細にご記載ください。

注3 病院内の交付による受取の場合、開示請求者本人であること又は開示請求者から委任、授権を受けた関係者であるとの確認のため、委任状、身分証明書、社員証等の提示が必要となります。

受取者が請求者本人以外の場合は、委任状(同意書)の提出が必要となります。