診療記録開示申込書 (保険会社·弁護士事務所等)

医療法人社団 三喜会 横浜新緑総合病院 院 長 殿

私は、以下のとおり診療記録の開示を申請いたします。

		申込日	年	月	
I D 番号					
フリガナ					
患者氏名					
住 所					
生年月日					
		診室	室日•部位	· ·	
1 診療記録の全て		H2 7.	<u>, </u>	.	
1					
	ィルム)				
	,				
	Tdn = T	1			
党 領	4 能))			
在	目	Я			
ı	,,	П			
					I
ì	(代理) へ	詩求者の木人姓詞	7 9		
療情報受領	代理人 〇	請求者の本人確認 □社員証□免許		ヾ゙ー(目視・写	;)
療情報受領				℩ ˙ー(目視・写	₹)
	フリガス 患者 住 所 生年月 1 診療医看線 口口 口 で 2 で 2 で 2 で 2 で 3 画像 (CD-R・フ・	フリガナ 患者氏名 住 所 生年月日 1診療記録の全て 2診療部記録 口看護記録 口移(CD-R・フィルム) 3画像(CD-R・フィルム)	ID番号 フリガナ 患者氏名 住所 生年月日 1診療記録の全て 2診療記録 口唇師記録 口者護記録 口その他記録 3 画像(CD-R・フィルム)	ID番号 フリガナ 患者氏名 住所 生年月日 診察日・部位 1 診療記録の全て 診察日・部位 2 診療記録 口医師記録 口看護記録 口その他記録 3 画像(CD-R・フィルム) 重	ID番号 フリガナ 患者氏名 住所 生年月日 診察日・部位等 1 診療記録の全て 2 診療記録 口唇師記録 口 検査記録 口その他記録 3 画像(CD-R・フィルム)

診療記録開示申込書 (保険会社·弁護士事務所等)

医療法人社団 三喜会 横浜新緑総合病院 院 長 殿

私は、以下のとおり診療記録の開示を申請いたします。

			申込日	○ 年 ○ 月 ○ 日					
	ID 番号	00000001	5	10 # D () T 100 \$ 10 \$ 11 \$ 1					
	フリガナ	ヨコハマ ミドリ		ID番号が不明な場合は 空欄で構いません。					
開示を希望する	患者氏名 患者氏名			土間に持いるとん。					
患者氏名等		横浜緑							
	住 所	神奈川県横浜	市緑区十日	日市場町〇〇-〇					
	生年月日	1991年2月1日							
				診察日·部位等					
開示を希望する	1 診療記録の:	全て	〇年〇月	〇日以降全ての医師					
記録等	2 診療記録		記録およ	び頭部の画像					
	☑ 医師記録								
(該当するものの	□看護記録		\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\	- 大庄司 日 の 世 門					
番号を〇で囲む)	□検査記録			診療記録の期間 ====================================					
	口その他記録	録	入くだる						
	3)画像(CD-F	マ・フィルム)							
請求者(自署) 会社名 <u>新緑損保株式会社</u> 氏名 <u>新緑 太郎</u> 町 ご捺印願います。									
住 所	神奈川県横	浜市緑区十日市	5場町1726	6-7					
電話番号	045-984-240	00							
电动钳方	045-964-240	00		_					
		AT THE -	- I						
	受	領 確 認	?, ?i	ー 二重線より以下は申込時に					
可然口		\f	<u> О</u> П	ご記入の必要はございませ					
受領日)年 ○月	OB	ん。					
				※お受け取りの際にご記入					
受領者氏名	新緑 太郎			いただきます。					
病院記入欄 】									

沅		夂								代埋.		
委	員	長	承	認医	診	療	情	報	受	領		

○請求者の本人確認 □社員証□免許証□マイナンバー(目視・写) □名刺□他(○同意書・委任状 ○関係性の証明(住民票,戸籍謄本)