（様式第１号）

診療情報開示申請書

令和　　　　年　　　　月　　　　日

小豆島中央病院企業団企業長　　殿

申請者　　住所

氏名

電話番号

次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請にかかる診療情報の内容 | □小豆島中央病院　　　　　□ 土庄診療所　　　　□ 内海診療所 |
|  |
| 開示の方法 | * 閲覧　　　　　□ 口頭による説明　　　　　□ 写しの交付
 |
| * 企業団施設内での開示　　　　　　　□　郵送による開示
 |
| 申請者の区分 | * 本人　　 　□ 法定代理人 　　□ 任意代理人
* 遺族　（続柄：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 患者本人以外の申請の場合 | 患者の状況 | □ 成年被後見人□ 未成年者（15歳以上）□ 未成年者（15歳未満）□ 死亡□ その他 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 患者の氏名 |  |
| 患者の住所及び連絡先 | 住所 |
| 電話番号 |
| 事務部処理欄 | 申請者確認欄 | □ 運転免許証　　　　　□ パスポート　　　　　□ 個人番号カード□　住民票　※郵送による開示の場合は、必ず必要です。□ その他 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 申請者資格確認欄 | □ 戸籍謄本□ その他 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備　　　　　考 |  |