（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 | |  | |