

診 療 情 報 開 示 申 請 書		
平成 年 月 日		
独立行政法人 国立病院機構神奈川病院長 殿		
申請者	住 所 氏 名 ㊟ 電話番号 ()	
以下のとおり、申請します。		
1. 申請に係る 診療情報の内容		
2. 開示の区分	(1) 口頭による説明 (2) 説明文書の交付 (3) 診療記録の閲覧 (4) 診療記録の写しの交付	
3. 患者本人の氏名等 (申請者が患者本人で ない場合)	患者本人の氏名	
	患者本人の住所及び電話番号	
	患者本人との続柄	
※ 事務局 処理欄	申請者本人確認欄	(1) 運転免許証 (2) 旅 券 (3) 健康保険証 (4) その他 ()
	申請者資格確認欄	(1) 戸籍謄本 (2) その他 ()
※ 備 考		

注)

- 1 「申請に係る診療情報の内容」欄は、開示の申請をしようとする診療情報が特定出来るよう具体的に記入してください。
- 2 ※欄には、記入しないでください。