

別紙様式 1（第 6 条関係）

診 療 情 報 開 示 請 求 書

年 月 日

山口大学医学部附属病院長 殿
(請求者)

〒 ー

住 所

ふりがな

氏 名 印

患者との続柄 (1)本人 (2)法定代理人 (3)遺族 (4)その他 ()

生年月日 年 月 日 (歳)

電話番号 () ー

下記のとおり，診療に関する情報の開示を受けたいので請求します。

記

患者 I D			
※ 情報の開示を 受けたい内容	1. 診療録	年 月 日～	年 月 日
	2. 看護記録	年 月 日～	年 月 日
	3. 処方箋	年 月 日～	年 月 日
	4. 検査記録	年 月 日～	年 月 日
	5. X線写真	年 月 日～	年 月 日
	6. (ふりがな)	年 月 日～	年 月 日
	患者本人以外 の者が請求す る場合	患者の氏名	
患者の生年月日		年 月 日 生 (歳)	
患者の住所，連絡先 (患者死亡の場合は生 前のもの)		〒 ー	電話番号
代理人が請求する理由 (遺族が請求する場合 は記載不要)			
※ 開示を受ける方法	1. 閲覧 2. 閲覧及び複写		

- (注) (1) ※の欄は，該当（希望）する番号を○で囲んでください。
- (2) 請求の際，請求者本人であること確認するために必要な書類（運転免許証，健康保険証，厚生年金手帳，住民票等身分を証明できるもの）を提出又は提示してください。
- (3) 患者本人以外の者が請求する場合は，(2)の書類の外，その資格を確認するために必要な書類（戸籍謄本等）を提出又は提示してください。
- (4) 提供された診療情報の管理は，慎重に行ってください。