

保有診療情報開示請求書

※赤枠内の項目についてご記入ください

令和●●年●●月●●日

愛媛県公営企業管理者 様

氏名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

愛媛 太郎

請求者 住所又は居所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)

〒●●●●-●●●● 松山市.....

電話番号 (携帯電話など連絡のつきやすい番号)

次のとおり県立中央病院が保有する診療情報の開示を請求します。

1 開示を請求する保有診療情報の内容 (具体的に記入してください。)

私の●●が、県立中央病院に、令和●●年●●月●●日から令和●●年●●月●●日の間、入院 (及び外来受診) していた時の診療に関する記録 (ただし、フィルムを含む (除く))

2 求める開示の実施方法等 (本欄の記入は任意です。)

(1)又は(2)に○印を付してください。(1)を選択した場合は、事務所 (窓口) の場所並びに実施の方法及び希望日を記入してください。

(1) 事務所 (窓口) における開示の実施を希望する。

<事務所 (窓口) の場所> 愛媛県立中央病院 相談室

<実施の方法> 閲覧

(これに引き続く写しの交付の希望の有無 有 無)

写しの交付

視聴

(これに引き続く写しの交付の希望の有無 有 無)

<実施の希望日> 年 月 日

(2) 写しの送付を希望する。

