

診療情報開示申請書【様式第1号】

提出年月日 年 月 日

東京大学保健・健康推進本部長 殿

1. 申請者

(1)利用者本人 (※1・4)

利用者氏名 生年月日 年 月 日 性別 男性・女性

住所 電話番号 ()

(2)法定代理人 (※1・2・3・5)

利用者氏名 生年月日 年 月 日 性別 男性・女性

住所 電話番号 ()

利用者及び法定代理人が
連名で申請できない理由

次のとおり、診療情報の開示を申請します。

2. 開示を申請する診療科等名及び内容

診療科名 健康管理室 ・ 内科 ・ 精神科 ・ 歯科 ・ 耳鼻咽喉科 ・ 整形外科 ・ 皮膚科

内 容

3. 開示の方法 閲覧 又は 閲覧 及び 複写

4. 開示希望日 (医師立会い希望の場合、(1)～(3)希望まで記入する。)(※6)

(1) 年 月 日 午前 ・ 午後

(2) 年 月 日 午前 ・ 午後

(3) 年 月 日 午前 ・ 午後

5. 医師の立会い希望の有無 希望する(診療科名) 又は 希望しない

※1 未成年者又は制限行為能力者の場合は、法定代理人が申請する。

ただし、利用者が満15歳以上の未成年者の場合は、連名(利用者と法定代理人)で申請する。

※2 連名で申請できない場合は、その理由を記入の上申請する。

※3 法定代理人とは、未成年者の場合は親権者、制限行為能力者の場合は後見人となる。

※4 利用者本人の場合、本人確認のため、運転免許証、健康保険被保険者証、旅券、国民・厚生年金手帳を提示のうえ、申請する。

※5 法定代理人の場合、利用者との関係を確認するため、健康保険被保険者証、戸籍謄本、その他を提示のうえ、申請する。

※6 開示日は、受付日から3週間以内とする。

事務処理記載欄 / 受付年月日 年 月 日 / 整理番号

担当 保健・健康推進チーム 03-5841-2575