



ふじのくにねっと患者情報開示依頼票

開示施設名： _____ 地域連携担当部署 御中

※下記のいずれかにレ点をご記入ください。

- 下記患者の医療に資するため、下記患者に説明し同意を得ましたので、貴施設の情報開示を依頼します。
- 下記患者の救急医療に資するため、貴施設の情報開示を依頼します。

開示対象患者 氏 名 ※ _____

※印は必須 生年月日 ※ _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所 ※ _____

開示施設内患者 I D _____

依頼開示データ期間	<input type="checkbox"/> デフォルト設定（基本設定） ※開示施設ごとに設定が異なります。 各施設の開示設定はふじのくにねっとトップページでご確認ください。
依頼する開示施設の 診療情報の日付	<input type="checkbox"/> 期間指定設定 _____ 年 _____ 月 _____ 日から（ _____ ）ヶ月 ※最長 12 ヶ月
特記事項	

※開示対象患者へのアクセスが開示開始日より6ヶ月間無い場合、自動的に開示終了となります。

依頼年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

依頼施設名 _____

依頼者署名（または押印） _____

- 開示施設への提出は、受診時に紹介状と共に持参または郵送、お急ぎの場合はFAXなどでご対応ください。
- 開示設定依頼票の原本は、開示施設の取り決めにに基づき保管・破棄をご判断ください。