

診療記録等の開示申込書

友愛記念病院長 殿

診療記録等の開示を受けたい患者	(フリガナ)	(姓)	(名)		
	患者氏名				
	患者番号				
	住 所				
	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	西暦	年	月
開示を希望する記録 (該当箇所に○を記入してください)			診察日、部位等	複写	閲覧
	1 診察経過の要約書				
	2 診療録 (カルテ)				
	3 検査記録、検査成績所				
	4 すべての放射線画像データ				
	5 CT・MRI 画像				
	そ の た				
閲覧希望日 (複写のみ希望の場合は記入不要)	第一希望	月	日	午前・午後	
	第二希望	月	日	午前・午後	
	第三希望	月	日	午前・午後	
	() 特に希望無し				

私は、上記のとおり、診療記録等の開示を希望します。

令和 年 月 日

申請者 氏 名

患者との関係

請求者が本人の場合は記入不要	住 所
	電話番号 () - () - ()

(本人同意書)

私は、上記のとおり、申請者 _____ に対して、私の診療記録等が開示されることに同意します。

患者本人 (自筆)

(当院使用欄)

受付	管理者の決裁			主治医の意見			実施記録		費用		確認
	開示	保留	開示不可	同意	不同意	取れず	発送	立会い	不要	収受済	
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日

申請者確認手段 ()