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　　日生	

開示を希望する記録 （該当箇所に〇を記入してください）		診察日、部位等	複写	閲覧
	1 診療録（カルテ）			
	2 検査記録、検査成績所			
	3 すべての放射線画像データ			
	4ＣＴ･MRI 画像			
	その他			

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。

西暦　　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（　　）―（　　）―（　　）

※本人以外の申請は委任状の記入

（当院使用欄）

受付	管理者の決裁			担当医の意見			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　　（　　）