

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○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				
	4 CT・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	事務部長	診療部長	担当医	取れず	発送	立会い	不要	收受済	
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 ()