

診療記録等の開示申込書

名城病院 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	M . T . S . H . R	年	月	日生
開示を希望する記録 (該当する箇所に○を記入して下さい)			診察日、部位等	複写	閲覧のみ
	1 診療経過の要約書				/
	2 診療録(カルテ)のみ				
	3 検査記録、検査成績表				
	4 エックス線写真				
	5 CT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
	()特に希望なし				

私は、上記のとおり、診療記録等の開示を希望します。

年 月 日

申請者 氏 名 _____
 患者との関係 _____
 申込者が本人の場合には記入不要 { 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。

患者本人自署 _____ 印

(病院使用欄)

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	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日
										未収	