

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 C T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。

令和 年 月 日

申請者 氏 名 _____
患者との関係 _____
申込者が本人の { 住 所 _____
場合は記入不要 電話番号 _____

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 _____