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	（ﾌﾘｶﾞﾅ）	（姓）	（名）
	患者氏名		
	患者番号	□□□□□□□－□	
	住　所		
	生年月日	M. T. S. H.　　年　　月　　日生	

開示を希望する記録（該当する箇所に〇を記入して下さい）		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 第二希望 第三希望 （　）特に希望なし	月　　日　　午前･午後 月　　日　　午前･午後 月　　日　　午前･午後

私は、上記のとおり、診療記録等の開示を希望します。

平成　　年　　月　　日

申　請　者　　氏　名

患者との関係

申込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 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日 未収	月 日