

診療記録等の開示申出書

年 月 日

かしま病院長様

診療記録等の開示を受けたい患者様	ふりがな				
	患者様氏名				
	患者様ID番号				
	住所				
	生年月日		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
	1	診療経過の要約書			
	2	診療録(カルテ)			
	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				
開示目的(理由)					
閲覧希望日 (複写のみ希望の場合は記入不要)	第一希望	年 月 日 ()	午前	午後	
	第二希望	年 月 日 ()	午前	午後	
	第三希望	年 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。

申込者 氏名 _____

患者様との関係 _____

申込者 住所 _____

申込者ID番号 _____

(申請者が患者本人の場合記入不要)

 <<本人同意書>>

私は、上記のとおり、申込者 () に対して、

私の診療記録が、開示されることに同意します。

患者様本人自署 _____