

診療記録等の開示申込書

病院院長 殿

診療記録等の開示を受けたい患者	(フリガナ) 氏名	(姓)	(名)		
	住所				
	生年月日	大正・昭和・平成・令和・西暦	年	月	日生
開示を希望する記録 (該当する箇所に○を記入してください) 2～5は記録作成日から5年 間とさせていただきます			診療日、部位等	複写	閲覧
	1 診療経過の要約書				
	2 診療記録				
	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 印

患者との関係

申請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 (自筆) 印

当院使用欄

受付	各科部長の判断			担当医の意見		院長の決裁			実施記録		費用		確認
	開示	保留	開示不可	同意	不同意	開示	保留	開示不可	開示	非開示	不要	收受済	
日付	日付	日付	日付	日付	日付	日付	日付	日付	日付	日付	日付	日付	日付
												日付 未収	日付