

診療記録等の開示申込書

いずみの病院 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				
	住所				
	生年月日	明・大・昭・平 西暦	年	月	日生
開示を希望する記録 * 該当する箇所に記入して下さい			診察日・部位等	複写	閲覧
	1. 診療録(カルテ)				
	2. 検査記録、検査成績表				
	3. エックス線写真				
	4. CT画像				
	5. MR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1希望.....	月	日	午前・午後	
	第2希望.....	月	日	午前・午後	
	第3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

印

患者との関係

住 所

電 話 番 号

開示申込者は本人であることを証明できるもの(運転免許証等)を提示のこと

本人確認 点検欄	受付者 サイン