

診療記録等開示請求申込書

いまきいれ総合病院 院長殿

赤枠内へのご記入を
お願いします。

年 月 日

(申 込 者)

氏名

印

(申込者と患者さんの関係：)

生年月日 年 月 日

〒 ー

住所

電話番号 ー ー

連絡の取りやすい時間帯を必ずご記入ください。

(曜日 時 分 ～ 時 分)

受付時間：平日のみ

午前9:00～12:00 午後14:00～16:30

下記の診療記録等の開示を申し込みます。

患者 情報	(フリガナ)		
	氏名		
	生年月日	年	月 日
	住所	〒	
開示の方法 (希望するものを選択)		☐ 複写 ☐ CD-R	
入院・外来		☐ 入院・外来どちら ☐ 入院のみ ☐ 外来のみ	
診療科及び 診療期間		診療科	診療(入院)期間
開示を希望する 診療記録等		☐ 診療録(医師記録) ☐ 看護記録	
		☐ 検査結果報告書： ☐ 全て ☐ 一部 ()	
		☐ 放射線画像 (CT・MRI・レントゲン等)： ☐ 全て ☐ 一部 ()	
		☐ その他の記録 []	

- (注) 1. 代理人による請求の場合には、患者本人の意思が確認できる委任状を添えてください。
2. 診療記録の開示等については別紙【診療記録開示要項】をご覧ください。

----- 下記は病院側にて使用 -----

院長

確認医

提出方法

☐ 複写☐ CD-R

開示担当者