

診療記録等開示請求申込書

年 月 日

いまきいれ総合病院 院長殿

(申 込 者)

氏名

印

(申込者と患者さんの関係：)

生年月日 年 月 日

〒

住所

電話番号

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)	<input type="checkbox"/> 複写 <input type="checkbox"/> CD-R	
入院・外来	<input type="checkbox"/> 入院・外来どちら <input type="checkbox"/> 入院のみ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 診療録(医師記録) <input type="checkbox"/> 看護記録 <input type="checkbox"/> 検査結果報告書： <input type="checkbox"/> 全て <input type="checkbox"/> 一部() <input type="checkbox"/> 放射線画像 (CT・MRI・レントゲン等)： <input type="checkbox"/> 全て <input type="checkbox"/> 一部() <input type="checkbox"/> 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 _____