

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)		☐ 複写 ☐ C D - 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	開示担当者
提出方法	☐ 複写 ☐ C D - R	

受取日 受取人署名