

診療記録等開示申請書

戸田中央総合病院 院長殿

(ID番号:)

フリガナ	(セイ)	(メイ)
患者氏名	(姓)	(名)
住所		
生年月日	明治・大正・昭和・平成・西暦	年 月 日生まれ

開示を希望する記録

	希望箇所 : 全部 ・ 一部	希望科: 全部 ・ ()
1 外来診療録(カルテ)	期間 : 年 月 日～ 年 月 日	
2 入院診療録(カルテ)	期間 : 年 月 日～ 年 月 日	
3 画像・レポート	期間 : 年 月 日～ 年 月 日	
4 その他()	期間 : 年 月 日～ 年 月 日	

※医師記録のみ、看護記録のみ等の診療記録の一部開示につきましては、診療記録内容への誤解をまねく可能性を鑑みて、お断りしております。ご了承くださいますようお願い申し上げます。

私は、上記の通り診療記録等の開示を希望します。

平成 年 月 日

申請者

- 本人
 本人以外(委任状添付)

氏名 _____

患者との関係 _____

住所 _____

電話番号 ()-()-() _____

※病院記入欄

主治医	部長	備考欄	最終決済	受理 ・ 不受理
/	/			不受理の理由
実施記録	来院日: 年 月 日	立会人:	窓口担当者:	