

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)
生年月日	(明治 昭和 令和 西暦)	年 月 日生まれ
住所		
電話番号	()-()-()	

開示を希望する記録

1 外来診療録(カルテ)	希望箇所 : 全部 ・ 一部	希望科: 全部 ・()
	期間 : 西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日	
2 入院診療録(カルテ)	希望箇所 : 全部 ・ 一部	希望科: 全部 ・()
	期間 : 西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日	
3 画像・レポート	希望箇所 : 全部 ・ 一部	希望科: 全部 ・()
	期間 : 西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日	
4 その他()	希望箇所 : 全部 ・ 一部	希望科: 全部 ・()
	期間 : 西暦 年 月 日 ~ 西暦 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。ご了承くださいませ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。

西暦 年 月 日

申請者

氏名 _____

本人

本人以外(委任状添付)

患者との関係 _____

住所 _____

電話番号 ()-()-() _____

※病院記入欄

受付担当者	書類確認	最終決済	受理 ・ 不受理	受渡担当者	受渡方法
			不受理の理由	/	窓口 郵送 その他()
同意確認(代理人の場合)					備考
/					