

診療記録等開示請求申込書

上町いまきいれ病院 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

〒

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8:30~12:30 午後13:30~17:00

下記の診療記録等の開示を申し込みます。

開示の方法 (希望するものを選択)	複写 (紙) ・ CD-R	
患者氏名		
入院・外来の別	入院 ・ 外来 (該当するものに○を付してください)	
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 (○を付してください)	診療録 (医師記録)、看護記録、検査記録、画像検査 その他の記録 (具体的に記載：)	

(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 -----

主治医 _____

院長 _____

開示内容詳細

開示を行った診療記録等	<input type="checkbox"/> 診療記録 診療録 (医師記録)、退院時要約、手術記録、麻酔記録等 看護記録、看護サマリー	枚
	<input type="checkbox"/> 検査記録	枚
	<input type="checkbox"/> 画像検査 CD 有 ・ 無	各種検査報告書 枚
	<input type="checkbox"/> その他の記録	枚
		合計