

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8:30~12:00 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)	<input type="checkbox"/> 複写 (紙)		<input type="checkbox"/> CD-R	
患者さん氏名				
入院・外来	<input type="checkbox"/> 入院・外来どちらも		<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"/> 検査記録 <input type="checkbox"/> 画像検査			
	<input type="checkbox"/> 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 -----

確認医 _____
院長 _____

提出方法	<input type="checkbox"/> 複写 (紙)	<input type="checkbox"/> CD-R
------	---------------------------------	-------------------------------

開示担当者 _____