

診療記録開示申込書 (本人用)

申込日 年 月 日

私は診療記録の開示を希望します。

フリガナ	
患者氏名	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生
住 所	
電話番号	

開示目的：該当に○印をしてください。(記入しなくても閲覧できます。)

- 1. 治療方針を決めるのに参考にしたい
- 2. 自分(家族)の病気の事を良く知りたい
- 3. 治療の経過を知りたい
- 4. その他()

開示内容：該当に○印をしてください。【開示期間 年 月 日～ 年 月 日】

ア	診療記録(医師記録、看護記録)	オ	諸検査結果
イ	指示内容(処方、注射、検査など)	カ	紹介状、診療情報提供書
ウ	診断書	キ	診療報酬明細書(医療費請求明細書)
エ	レントゲン、MRIなどの画像検査	ク	その他()

16歳未満の方の親権者の方のみ御記入ください。

私は、上記の者の診療記録の開示を希望します。

申請者 _____ (明・大・昭・平 年 月 日生)

患者さんとの関係 _____

住所(上記以外の場合) _____

電話番号 _____

連絡先(住所以外の場合) _____

開示の時は、身分証明書(健康保険証又は運転免許証など)をご持参ください。

<病院記入欄>

窓口受付 : 年 月 日 受付者 _____

診療録管理室 : 年 月 日 受付者 _____