

【当院使用欄】

決 裁	院 長	事務部長	TQM センター	診療科部長・科長	主治医	室長	診療情報係

診療記録等の開示申請書

申請書受付日 年 月 日

(フリガナ) 患者氏名	生年月日		患者番号	
住所 電話番号	① 患者氏名、生年月日、住所等の記入			
診療情報の内容	全て 開示	部分開示 (診察日・部位等の記入)	枚 数	開示の種類 ※補助カルテ（紙媒体）の 複写は紙提供になります
② 開示希望の記録等 番号に○印				
1. 外来診療記録				複写・CD-R※・閲覧
③ 全て・部分開示の希望 全て・・・医師記録・看護記録・検査結果 部分・・・期間 例) 令和○年○月○日以降				複写・CD-R※・閲覧
2. 入院診療記録				複写・CD-R※・閲覧
3. 画像記録 レントゲン・CT・MRI・超音波検査等				複写・CD-R※・閲覧
4. その他				複写・CD-R※・閲覧
開覧希望日	第1希望日 月 日() 時 分～	第2希望日 月 日() 時 分～	④ 開示の種類 第3希望日 複写またはCD-Rに○印	

上記のとおり、診療記録等について開示の申請をします。

年 月 日

出水郡医師会広域医療センター
院長 様

⑤ 申請日（記入日）、申請者の氏名・住所等の記入

⑥ 患者の同意書（申請者が家族等の場合に患者本人の署名を記入）

住所

電話番号 () -

患者の同意書（※患者本人の場合は記入不要）

上記のとおり、申請者 に対して、私の診療情報が
提供されることに同意します。

患者本人（自署）