

【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 _____	
			大正・昭和 平成・令和	年 月 日生	
住所 電話番号	() —				
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
1. 外来診療記録					複写・CD-R※・閲覧
2. 入院診療記録					複写・CD-R※・閲覧
3. 画像記録等 レントゲン・CT・MRI・()					複写・CD-R※・閲覧
4. その他					複写・CD-R※・閲覧
閲覧希望日	第1希望日		第2希望日		第3希望日
	月 日() 時 分～		月 日() 時 分～		月 日() 時 分～
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 申請者 氏名 _____ 患者との続柄 _____ 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） _____					