

診療記録開示申請書

申請日 年 月 日

大分健生病院 院長殿

大分健生病院の診療情報開示規定に基づき、診療記録等の閲覧・複写を申し込みます

【申請者】

フリガナ	
申請者氏名(自著)	印
住所	〒
電話番号	
申請理由	

【診療記録開示の対象となる患者の情報】

フリガナ	
患者氏名	
患者の生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
申請者との間柄 ※患者本人以外が申請する場合は同意書が必要です	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 遺族 ※具体的な関係性を記載してください () <input type="checkbox"/> その他 ※具体的な関係性を記載してください ()

【開示を希望する記録】

<input type="checkbox"/> 診療記録 <input type="checkbox"/> 検査記録 <input type="checkbox"/> エックス線画像 <input type="checkbox"/> CT画像 <input type="checkbox"/> その他()
--

【開示を希望する診療期間】

<input type="checkbox"/> 外来カルテ	年 月 日 ~ 年 月 日
<input type="checkbox"/> 入院カルテ	年 月 日 ~ 年 月 日

【開示形態】

<input type="checkbox"/> 複写希望 <input type="checkbox"/> 閲覧希望
--

※病院記入欄

受付	医療サービス課 課長	事務長	院長
日付	日付	日付	日付