

## 診療記録の開示申込書

山鹿市病院事業管理者 様

診療記録の開示を受けたい患者	ふりがな			
	患者氏名			
	患者番号			
	住所			
	生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月
開示を希望する記録 (該当する個所に○を記入してください)		診療日・部位・担当医等	閲覧	複写
	<input type="checkbox"/> 1. 診療内容の説明		—	—
	<input type="checkbox"/> 2. 診療録等			
	<input type="checkbox"/> 3. 検査記録・検査成績等			
	<input type="checkbox"/> 4. 画像等			
	<input type="checkbox"/> 5. その他			

私は、上記のとおり診療記録の開示を希望します。

令和 年 月 日

受付日

申請者 氏 名

患者との関係

住 所

電話番号

本人同意書

別添

私は、上記のとおり申請者 \_\_\_\_\_ に対して私の診療記録が  
開示されることに同意します。

患者本人(直筆)

\_\_\_\_\_

### 診療記録の開示申込書

山鹿市病院事業管理者 様

診療記録の開示を受けたい患者	ふりがな			
	患者氏名			
	患者番号			
	住所			
	生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月
開示を希望する記録 (該当する個所に○を記入してください)	1. 診療内容の説明		—	—
	<input checked="" type="checkbox"/> 2. 診療録等	H31. 1. 4~H31. 1. 5 全て		○
	3. 検査記録・ 検査成績等	H31. 1. 4~H31. 1. 5 全て		○
	4. 画像等			
	5. 開示を希望する期間等を記載してください			

患者氏名・住所・生年月日をご記入下さい

チェックを入れてください

開示を希望する期間等を記載してください

複写に○をつけてください

私は、上記のとおり診療記録の開示を希望します。

令和 年 月 日

申請者の氏名等をご記入下さい

受付日	申請者 氏 名	
	※申請者が本人の場合は不要 患者との関係	
	住 所	
	電話番号	

<b>本人同意書</b>	<b>別添</b>
<p>私は、上記のとおり申請者 _____ に対して私の診療記録が 開示されることに同意します。</p> <p style="text-align: center;">患者本人(直筆)</p> <p style="text-align: center;">_____</p>	