

診療記録等の開示申込書

富士整形外科病院
院長 渡邊 英一郎 殿

令和 年 月 日

申請者 氏名 _____ 印 続柄 () _____

住 所 (本人の場合は不要) _____

電話番号 _____

私は下記のとおり診療記録等の開示を希望いたします。

診療記録等の開示を受けたい患者	フリガナ _____ 患者氏名 _____	
	住 所 _____	
	生年月日 _____	
開示希望理由 使用目的		
開示を希望する記録 ※開示を希望する期間を記載して下さい (正確な期間がわからない場合は、初診～等で記載下さい)		期間
	1. 入院診療録	～
	2. 外来診療録	～
	3. 検査記録	～
	4. レントゲン写真、MRI、CT画像	～
5. その他	～	
開示希望日時 ※おおよそ2週間ほどお時間をいただいておりますので、ご希望に添えない場合があります	1. 希望あり	令和 年 月 日 () 時 分 理由 ()
	2. 特に希望なし	

本人同意書

私は上記のとおり申請者 _____ に対して、私の診療記録等が開示されることに同意いたします。

患者氏名 (自書) _____

病院使用欄 (申請者は記入しないで下さい)	受理日	令和 年 月 日	
(本人証明) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()			
(代理人証明) <input type="checkbox"/> 患者本人の同 <input type="checkbox"/> 法定代理人証明書 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 (抄本) <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 ()			
上記のとおり開示してよろしいか伺います。			
院 長	事 務 部 長	担 当 医	情報管理課
承認・保留・否定	承認・保留・否定	承認・保留・否定	

申請には各種証明書が必要です。また、受付の際に証明書のコピーをさせていただきます。
申請者氏名欄は、記名捺印又は申請者本人の自筆による署名をしてください。