

診療記録等開示申請書

市立大村市民病院長殿

診療記録等の 開示を求める患者		(姓)	(名)
	フリガナ		
	患者氏名		
	患者番号		
	住 所		
	生年月日	T・S・H・R	年 月 日生
開示を希望する 記録等		診療日 部位	複写 閲覧
	1	診療録（カルテ）のみ	
	2	要約書	
	3	検査記録・検査成績表	
	4	エックス線写真	
	5	CT画像	
	その他		
開示申請の理由			
開示希望日 (写しの交付のみ を希望の場合は、 記入不要)	第一希望	月 日 午前・午後	
	第二希望	月 日 午前・午後	
	第三希望	月 日 午前・午後	
		希望なし	

私は、上記のとおり診療記録等の開示を申請し、係る開示費用に関しても同意致します。

令和 年 月 日

申請者 氏 名 印

患者との関係

住 所

電話番号

(申請者が患者本人の場合は、住所・電話番号は記入不要)