

様式第 1 号

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 C T画像				
	その他				
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)