

診療記録等の開示申請書

病院長 殿

(患者登録No. _____)

診療記録等の開示を受けたい患者	フリガナ 患者氏名	_____	生年月日 年 月 日生
	住 所	_____	
希望する開示方法 (希望する項目に○)	口頭による説明 ・ 説明書の交付 ・ 複写の交付		
開示希望診療科	科	入院 ・ 外来	
開示希望対象期間	年 月 日 ~		年 月 日
開示を希望する 診療の内容 (希望する項目に○)	診療記録の項目	範 囲	
	診療録(カルテ)	全て ・ 一部 () ・ 不要	
	看護記録等	全て ・ 一部 () ・ 不要	
	一般検査記録	全て ・ 一部 () ・ 不要	
	生理検査記録	全て ・ 一部 () ・ 不要	
	画像記録	全て(CD) ・ 不要	
	手術・麻酔記録	全て ・ 不要	
	そ の 他	全て ・ 一部 () ・ 不要	

私は、上記のとおり診療記録等の開示を希望します。

なお、開示する診療の内容は、私(患者)が自らの目的に使用するものであり、プライバシー保持のため、提供された情報は自己の責任において管理いたします。

年 月 日

申 請 者

氏 名

印

患者との関係

住 所

電 話 番 号

[注] この申請書は診療情報管理科へ提出 受付時間 8:30~17:00