# 診療記録等の開示申込書

医療法人社団紫雲会
千葉南病院　院長殿

| | | |
|---|---|---|
| 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 | 電話番号 (　　)-(　　)-(　　) |
| | 生年月日 | 明・大・昭・平・西暦　　年　　月　　日生 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 開示を希望する記録(該当する箇所に○を記入してください) | | 診療日・部位等 | 複写 | 閲覧 |
| | 1. 診療経過の要約書 | | | |
| | 2. 診療録(カルテ) | | | |
| | 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 | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| | |
|---|---|
| 閲覧希望日(複写のみ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) |
| | (　　)　特に希望なし |

私は、上記のとおり、診療記録等の開示を希望します。

平成　　年　　月　　日

申請者　氏　　名　　㊞

患者との関係

住所

(本人申請の場合記入不要)

電話番号(本人申請の場合記入不要)　(　　)-(　　)-(　　)

---

## (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します。

患者本人
(自　　筆)

---

病院使用欄

| 受　付 | 院長決済 | | | 主治医の意見 | | | 実施状況 | | 費用 | 確認 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 開示 | 保留 | 不可 | 同意 | 不同意 | 取れず | 閲覧 | 発送 | | |
| 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 |
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |