

【様式1】

年 月 日

診療記録開示申請書

申請者氏名 _____ 印

開示の必要な患者さん	(フリガナ)	(姓)	(名)	
	氏名			
	ID番号			
	住所			
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 (歳)		
	電話番号	- -		
申請者 (前記と同じ場合は記入不要)	氏名			
	続柄	(患者さんとの関係)		
	住所			
	電話番号	- -		
診療記録 (該当箇所に○をつけて下さい。)	内 容	複写	閲覧	診察日、内容、部位等
	診療録			
	処方記録			
	看護記録			
	リハビリ記録			
	手術記録			
	検査記録			
	画像診断記録			
	紹介状			
	退院要約			
	診療報酬明細書			
	B型肝炎表紙			
	B型肝炎不存在証明			
閲覧希望日(複写のみの場合は不要)		月 日 時間 ()		

※ 以下、病院使用欄

1 本人確認方法等	運転免許証、健康保険証、マイナンバーカード、戸籍謄本、住民票 その他 ()
	複写の添付・記号 番号
※ 原本以外の場合は、申請者の承認を得て、複写を添付	
2 添付書類	委任状、申立書、戸籍謄本、住民票の写し その他 ()

処理欄	病 院 長		事務長	患者安全 管理室長	主 治 医	
	許 可	不 許 可 (理由)			同 意 ・ 不 同 意	
診療情報管理室						
/	/	/	/	/	/	/