

診療情報の開示申請書

三宿病院長 殿

開示を希望する 対象患者様	フリガナ		
	患者氏名	(姓)	(名)
	患者番号		
	生年月日	西暦	年 月 日
	住 所		

	開示希望の診療情報の内容	開示対象期間
開示希望記録 希望する内容の番号に○ を してください 期間の指定がない場合は 「全て」に○をつけてくださ い	1. 診療録全て	全て
	2. 入院診療録	全て
	3. 外来診療録	全て
	4. 検査記録	全て
	5. 画像情報 (CD)	全て
	6. その他	全て
	上記以外の希望内容がある場合は、下記にご記入ください。	
面 談 希 望	有 ・ 無	
面 談 希 望 日	第一希望日	年 月 日 午前 ・ 午後 時頃
	第二希望日	年 月 日 午前 ・ 午後 時頃

私は、上記のとおり、診療情報の開示を希望します。また貴院の定めた診療情報開示料金表に基づき、費用を支払うことを了承します。

年 月 日

申 請 者	氏 名	印
患者様との続柄		
住 所		
電 話 番 号		

開示の対象患者と申請者が異なる場合は、患者様との関係を証明するため、証明書又は委任状の添付が必要となります。