

C)診療記録等の開示申込書

アドベンチストメディカルセンター _____ 院長殿

カルテ開示をする患者様の情報をご記入ください。

診療記録の開示を受けたい患者様	(フリガナ)	(姓) ニシハラ	(名) ハナコ			
	患者様氏名	西原	花子			
	登録番号: 123456	←カルテ番号です TEL: 098-111-1111				
	住所: 沖縄県中頭郡西原町〇〇〇					
	生年月日: (明治・大正・昭和・平成) 1 年 12 月 31 日生 才					
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	コピー	閲覧	口頭
	1.診療経過の要約書					
	2.診療録(カルテ)全部・一部(入院・外来)					
	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	第一希望	月 日	午前・午後			
※複写のみ	第二希望	月 日	午前・午後			
希望の場合	第三希望	月 日	午前・午後			
は記入不要	()特に希望なし					

開示を希望する箇所は、申込時にお話をうかがいながら記載をします。
(空白で構いません)

私は上記の通り診療記録の開示を希望します。

申込者の情報になります。
患者様と申込者が同一の場合も記載が必要です。

令和 年 月 日

申請者 氏名 西原 太郎 印

患者様との関係 兄

住所 沖縄県宜野湾市〇-〇-〇

電話番号 (090) - (0000) - (0000)

※住所電話番号は、申請者が本人の場合は記入不要

(本人同意書)

私は、上記の通り申請者(西原 太郎)に対して、私の診療記録が開示されることに同意します。

患者本人(自筆) 西原 花子 印

当院 使用 欄	申出者本人確認欄			(1)運転免許所 (2)旅券 (3)健康保険証							
				(4)その他							
受付	申出者資格確認欄			(1)戸籍謄本 (2)その他							
月 日	管理者の決済			主治医の意見			実施記録		費用		確認
	開示	保留	開示不可	同意	不同意	取れず	発送	立会い	不要	収受済	
	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日

代理の方が申込まれる場合に限り、患者様自身をご記入ください。

第 号

令和 年 月 日