

## 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

診療記録の開示を受けたい患者様	(フリガナ)	(姓)	(名)		
	患者様氏名				
	登録番号:		TEL:		
	住所:				
	生年月日:	(明治・大正・昭和・平成)	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	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	
※複写のみ希望の場合	第二希望	月	日	午前・午後	
は記入不要	第三希望	月	日	午前・午後	
	( )特に希望なし				

私は上記の通り診療記録の開示を希望します。

令和 年 月 日

申請者 氏名 \_\_\_\_\_ 印

患者様との関係 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) - ( ) - ( )

※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 ( ) 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) \_\_\_\_\_ 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							
	申出者資格確認欄			(1)戸籍謄本 (2)その他							
受付	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	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日

第 \_\_\_\_\_ 号

令和 年 月 日