

診療記録等の開示申請書

飯塚市立病院 管理者 殿

| | | | | | |
|---|--------------|----------------|---------|----------|-----|
| 診療記録等の開示を 受けた患者 | (フリガナ) | (姓) | (名) | | |
| | 患者氏名 | | | | |
| | 患者番号 | | | | |
| | 住 所 | | | | |
| | 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成・令和 | | 年 | 月 |
| 開示を希望する記録 (該当する箇所に ○を記入して下さい) | | | 診察日・部位等 | 複写 | 閲覧 |
| | 1.診療録(カルテ) | | | | |
| | 2.診療経過の要約書 | | | | |
| | 3.検査記録・検査成績表 | | | | |
| | 4.エックス線写真 | | | | |
| | 5.CT/MRI画像 | | | | |
| | そ の 他 | | | | |
| 開示を希望する理由 | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 回覧希望日 (閲覧希望者のみ) | 第一希望 | 月 | 日 | 曜日/午前・午後 | 時 分 |
| | 第二希望 | 月 | 日 | 曜日/午前・午後 | 時 分 |
| | □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。

令和 年 月 日

申請者

氏名

患者との関係

住所

電話番号 ()-()-()

※個人情報の秘密保持の観点から、申請者は自己の責任に於いて開示された情報の管理を慎重に行ってください。

見本

診療記録等の開示申請書

太枠の中に必要事項を記載して下さい
また開示を希望する書類番号に○を付け
必要な書類内容を記載して下さい

飯塚市立病院 管理者 殿

| | | | | | | |
|-------------------------------------|---------------|-------------|-----|----------|----|---|
| 診療記録等の開示を 受けた患者 | (フリガナ) | (姓) | (名) | | | |
| | 患者氏名 | | | | | |
| | 患者番号 | | | | | |
| | 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 ○を記入して下さい) | | 診察日・部位等 | 複写 | 閲覧 | | |
| | 1. 診療録（カルテ） | | | | | |
| | 2. 診療経過の要約書 | | | | | |
| | 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 | | | | | | |
| 開示を希望する理由 | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 回覧希望日 (閲覧希望者のみ) | 第一希望 | 月 | 日 | 曜日/午前・午後 | 時 | 分 |
| | 第二希望 | 月 | 日 | 曜日/午前・午後 | 時 | 分 |
| | □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。

| | | | | | | |
|-----|--------|-------|---|-----|---|-----|
| | 令和 | 年 | 月 | 日 | | |
| 申請者 | 氏名 | _____ | | | | |
| | 患者との関係 | _____ | | | | |
| | 住所 | _____ | | | | |
| | 電話番号 | () | － | () | － | () |

※個人情報の秘密保持の観点から、申請者は自己の責任に於いて開示された情報の管理を
慎重に行ってください。