

診療記録等の開示請求申込書(記入例)

診療記録等の開示を受けたい患者様	ふりがな	につせき たろう				
	氏名	日赤 太郎				
	ID番号	12345678				
	住所	広島市中区千田町1-9-6				
	生年月日	T・ S ・H・R 54年7月14日生				
開示を希望する記録 (該当する箇所に○印を記入してください)	種別	診療科	入院・外来	期間	複写	閲覧
	1. 診療録(医師による診療経過記録)	消化器内科	入・ 外	H23~H24	<input type="radio"/>	
	2. 看護記録・助産録		入・外			
	3. 検査結果・検査成績表		入・外			
	4. 手術・麻酔記録		入・外			
	5. 画像データ(レントゲン、CT、MRI等)		入・外			
	その他		入・外			
補足説明の希望	職員からの補足説明	希望する	<input checked="" type="radio"/> 希望しない			

※閲覧をご希望の場合は、別途、閲覧日を調整させていただきます。

私は、上記のとおり診療記録等の開示を申し込みます。
なお、病院が定める本請求に係る費用を支払うことを承諾します。

2020 年 1 月 1 日

広島赤十字・原爆病院長 様

申請者： 氏名 日赤 太郎
患者様との関係 本人
住所 広島市中区千田町1-9-6
電話番号 082 - 241 - 3111

職員記入欄

申請者確認書類 (返却日: /)

運転免許証 パスポート 健康保険証 戸籍謄本
 その他 ()

【受け取り方法】

来院予定
 郵送

受付者