様式　1

診療記録等の開示請求申込書

診療記録等の開示を受けたい患者様	ふ り が な	
	氏　　名	
	ＩＤ 番 号	
	住　　所	
	生 年 月 日	Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ　　年　　月　　日 生

開示を希望する記録（該当する箇所に〇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）		入・外			
	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（ﾚﾝﾄｹﾞﾝ、CT、MRI等）		入・外			
	その他		入・外			
			入・外			
			入・外			
			入・外			

補足説明の希望	職員からの補足説明　　希望する　　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。

年　　月　　日

広島赤十字・原爆病院長　様

申　請　者：

氏　　名	
患者様との関係	
住　　所	
電話番号	―　　―

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