

# 診療記録等の開示申請書

社会医療法人 善仁会 宮崎善仁会病院 院長殿

診療記録の開示を 受けたい患者	フリガナ			患者番号 (記入不要)
	患者氏名			
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日			
電話番号	( ) - ( ) - ( )			
住所	都道	市		
	府県	郡		
開示条件 (希望のものに印を つけてください)	開示を希望する診療科			
	開示を希望する期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
	開示を希望する区分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 両方		
	提供方法	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 要約書の交付 <input type="checkbox"/> 謄写(全面提供・一部提供) <input type="checkbox"/> その他( )		
開示を希望する記録	<input type="checkbox"/> 診療経過の要約書 <input type="checkbox"/> 診療記録(カルテ) <input type="checkbox"/> 検査記録・結果 <input type="checkbox"/> エックス線写真 <input type="checkbox"/> CT画像 <input type="checkbox"/> その他( )			
閲覧希望日 (謄写のみ希望の場合は 記入不要)	閲覧希望日 ( ) 特になし	第一希望	月 日	午前・午後
		第二希望	月 日	午前・午後
		第三希望	月 日	午前・午後

私は、上記のとおり、診療記録等の開示を希望いたします。

西暦 年 月 日

申請者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

患者との関係 ① 本人 ② 配偶者 ③ 親 ④ 子 ⑤ その他( )

⑥ 法定代理人(未成年者、成年被後見人、患者本人の閲覧が不可能な状態にある場合)

(申請者が本人の場合は記入不要) → 患者の状態 ① 死亡 ② 未成年者 ③ その他( )

(申請者が本人の場合は記入不要) → 住所 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) - ( ) - ( )

本人同意書

私は、上記のとおり、申請者 \_\_\_\_\_ に対して、私の診療記録等が  
開示されることに同意致します。

患者本人(自筆) \_\_\_\_\_ (印)