

診療記録開示申請書

申請者氏名 相澤 太郎

押印
印

開示の必要な患者さん	(フリガナ)	(姓) アイザワ	(名) タロウ	
	氏名	相澤	太郎	
	ID番号	123456		
	住所	長野県松本市本庄 2-5-1		
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 45年 5月 5日生 (50歳)		
	電話番号	0263 - 33 - 8600		
申請者 (前記と同じ場合は記入不要)	氏名			
	続柄	(患者さんとの関係)		
	住所			
	電話番号	- -		
診療記録 (該当箇所には○をつけて下さい。)	内容	複写	閲覧	診察日、内容、部位等
	診療録	○		平成30年4月4日～平成30年6月6日
	処方記録			
	看護記録			
	リハビリ記録			
	手術記録			
	検査記録	○		平成30年4月4日～平成30年6月6日
	画像診断記録	○		頭部MRI
	紹介状			
	退院要約			
	診療報酬明細書			
	B型肝炎表紙			
	B型肝炎不存在証明			
閲覧希望日(複写のみの場合は不要)			月 日 時間 ()	

不明の場合は記入不要

期間を記入

部位や内容を記入

太枠内記入

※ 以下、病院使用欄

1 本人確認方法等	診察券、運転免許証、健康保険証、戸籍謄本、住民票の写し その他 ()
	複写の添付・記号 番号
※ 申請者の承諾を得て、複写して本申請書へ添付するか、記号・番号等を控える。	
2 添付書類	委任状、戸籍謄本、住民票の写し その他 ()

処理欄	病院長		主治医	受付
診療情報管理課	許可	不許可 (理由)		
/	/	/	/	/