診療記録等の開示申込書　　（病院保管）

社会福祉法人十善会　十善会病院

診療記録などの開示を受けたい患者	（フ リ ガ ナ）	（姓）	（名）			
	患　者　氏　名					
	患　者　I　D					
	住　　所					
	生　年　月　日	年　　月　　日生				
開示を希望する記録 （該当する箇所に〇を記入してください）		診察日・部位など		複写	CDデータ	閲覧のみ
	1. 診療録(カルテ)のみ					
	2. 検査記録・検査成績表					
	3. エックス線画像					
	4. CT・MRI等画像					
	その他					
	その他					
開示理由	※患者本人がご存命でない場合のみ記入					
閲　覧　希　望　日 （複写のみ希望の場合は記入不要）	第一希望	月　　日　午前・午後				
	第二希望	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します

年　　月　　日

申請者

氏　　名

患者との関係

住　　所

電話番号(連絡先)

（受取確認欄）

年　　月　　日

□運転免許証
□健康保険証
□その他

受け取り署名

氏　　名

（当院使用欄）

受付		管理者の決裁						実施記録		費用		確認	備考
		院長	副院長	看護部長	担当医			発送	立会	不要	領収済		
	同意	月 日	月 日	月 日	月 日			月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
	不同意	月 日	月 日	月 日	月 日								