様式第1号

診療記録等開示申請書

医療法人五月会　須崎くろしお病院長殿

下記の通り診療記録等の開示を請求いたします。

申請日　　年　　月　　日

申請者(自署)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者住所				
電話番号	自宅: 携帯:	続柄	*患者さんからみて*	*病院確認*
メール	＠			
同席者		続柄	*患者さんからみて*	*病院確認*
同席者		続柄	*患者さんからみて*	*病院確認*

※申請者、同席者の個人を証明するもの、患者さんとの関係を証明する書類等をご準備下さい

1. 開示請求の開示を受けたい患者さんについて

患者さん氏名	*フリガナ*	*性別* □ 男　□ 女
住所	*※申出人と同様の場合不要*	
生年月日	年　月　日	

2. 開示を希望する記録等について （費用一覧参照）

開示請求期間	年　月　日　から　年　月　日 まで		
開示希望理由(任意)	*※ 差支えない範囲でご記入下さい*		
診療科	□ 全科　□ 一部:　□ 入院　□ 外来		
診療記録の種類	診療記録	□ 閲覧のみ	□ 複写(費用表参照)
	手術・麻酔記録	□ 閲覧のみ	□ 複写(費用表参照)
	検査記録・検査成績表	□ 閲覧のみ	□ 複写(費用表参照)
	画像記録	□ 閲覧のみ	□ 複写(費用表参照)
	その他	□ 閲覧のみ	□ 複写(費用表参照)
要約書の希望	□あり （費用表参照）	□ なし	
医師との面談希望	□あり （費用表参照）	□ なし	

3. 閲覧希望日 *※ご希望に添えない場合にはお電話等で調整をさせていただきます。*

第一希望	年　月　日 (　　)　時～
第二希望	年　月　日 (　　)　時～

病院使用欄

受付番号　R-	受付日　年　月　日	受付担当