

診療記録等の開示申請書

岡山赤十字病院 院長殿

| | | | | | | |
|--------------------------------|---------------|-----------------------------------|----|-------|----|--|
| 開示を希望する患者さんの情報をご記入ください | フリガナ | ニッセキ | | モモタロウ | | |
| | 患者氏名 | 日赤 | | 桃太郎 | | |
| | 登録番号 | | | | | |
| | 住 所 | 岡山市北区青江 2-1-1 | | | | |
| | 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成・令和・西暦 1927年 5月 28日 | | | | |
| 開示を希望する記録の欄に必要な入院・外来期間をご記入ください | | 診察日、部位等 | 謄写 | 閲覧 | | |
| | 1. 診療経過の要約書 | △年△月△日～ | | | | |
| | 2. 診療録のみ | 外科入院カルテ | | | | |
| | 3. 検査記録、検査成績表 | | | | | |
| | 4. エックス線写真 | | | | | |
| | 5. 画像 () | △年△月△日 CT | | | | |
| | 6. | | | | | |
| 7. | | | | | | |
| 開示を希望する診療記録および方法（該当の箇所）に○を記入） | 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 | |
| | 特に希望なし | | | | | |
| 閲覧希望日箇所（謄写のみ希望の場合は不要） | | | | | | |

私は、上記のとおり、診療記録等の開示を希望します。

令和 ○年 ○月 ○日

申請者 本人氏名 (自署) 日赤 桃太郎
 代理人氏名 (自署) _____

患者との関係 _____
 代理人住所 _____
 連絡の取れる電話番号 090-×××-×××

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いたします。

患者本人自署 _____