診療録等開示請求書

年 月 日

中野共立病院 院長 様

請求人	<u> </u>	_	住所							
	氏	名			(明治・ナ	∵正•昭和•□	平成	年	月	日生)
	電話	番号	()						_

次のとおり、診療録等の開示を請求します。

1 明二蛙+)ヶ	= A::							
1 開示請求に	<u> </u>							
係る患者								
(患者本人が請求								
する場合は患者番	生年月日 年 月 日(歳)							
号以外記載不要)	電話番号 ()							
2 請求人と患	(1) 患者の親族							
者との間柄	(患者からみて) 夫、妻、父、母、子、祖父、祖母、その他()							
(本人以外が請求す	(2) 患者の親権者、成年被後見人の法定代理人(証明するものを提示)							
る場合は必ず記載)	(3) その他()							
	*患者との関係を証する書面(戸籍謄本等)。*患者が開示を認めている書面(委任状など)を添付。							
3 開示を請求	(1) 入院 ・ 外来							
する内容	(2) 開示請求する期間: 年 月 日~ 年 月 日							
	最終来院日 : 年 月 日							
	(3) 診療録等の種類 (該当する番号又は・を ○で囲んでください。)							
	① 診療録(カルテ)							
	② 診療記録 すべて・一部							
	③ エックス線写真等							
	④ 検査記録及び結果成績表							
	(5) 看護記録							
	⑥ その他 (
4 開示方法	該当する番号を○で囲んでください。							
	(1) 閲覧							
	(2) 写しの交付							
	(3) 閲覧及び写しの交付							
	*閲覧日は別途、担当者が調整させていただきます。							
5 閲覧の際に	※(原則2名以内)原則として患者本人が同席を同意している文書を添付							
同席を希望し	氏名 患者との関係							
ている者	1人力 恋日 こり/気休							
	氏名 患者との関係							
6 備考								

受付	院長	主治医	開示	実施日	費用等	
	可·不可	可·不可	閲覧等	郵送	(円)
					領収日	
			月日	月日	月	日