

【様式1】

年 月 日

診 療 記 録 開 示 申 請 書

申請者氏名 _____ 印

開示の必要な患者さん	(フリガナ)	(姓)	(名)		
	氏 名				
	I D 番号				
	住 所				
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 (歳)			
	電話番号	— —			
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○をつけて下さい。)	内 容	複写	閲覧	診察日、内容、部位等	
	診療録				
	処方記録				
	看護記録				
	リハビリ記録				
	手術記録				
	検査記録				
	画像診断記録				
	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 ()		

※ 以下、病院使用欄

1 本人確認方法等	運転免許証、健康保険証、マイナンバーカード、戸籍謄本、住民票 その他 ()
※ 原本以外の場合は、申請者の承諾を得て、複写を添付	
2 添付書類	委任状、戸籍謄本、住民票 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)		
/	/	/	/	/