

診療記録開示申請書

神戸朝日病院長 殿

申請日 年 月 日

申請者 氏名

患者との関係

住所

電話番号

以下のとおり、診療記録の開示を申請いたします。

| | | | |
|-----------------------------|-------------------------------------|------------------------------|------|
| 診療記録の開示を受けたい患者 | (フリガナ) | (姓) | (名) |
| | 患者氏名 | | |
| | 住所 | | |
| | 生年月日 | 年 月 日生 | |
| 希望する開示方法 | <input type="checkbox"/> ①医師による補足説明 | <input type="checkbox"/> ②謄写 | |
| (①説明の場合) | | | |
| 説明希望日 | 第1希望 | 第2希望 | 第3希望 |
| | 月 日 | 月 日 | 月 日 |
| (②謄写の場合) | | | |
| 開示期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | |
| 開示を希望する記録 | <input type="checkbox"/> 全部 | | |
| | <input type="checkbox"/> 一部: | | |
| | 画像記録(CD-R) | <input type="checkbox"/> 必要 | |
| <input type="checkbox"/> 不要 | | | |

[受取]

年 月 日

署名