

# 診療情報開示請求申込書

令和 年 月 日

益田地域医療センター医師会病院 院長 殿

診療情報等の開示を受けたい患者様	フリガナ			
	お名前			
	診察券番号			
	住 所			
	生年月日	M T S H R	年	月 日 生
開示を希望する記録(該当する箇所に○を記入して下さい)		診察日・部位等	複写	閲覧
	1 診療録(カルテ)			
	2 検査記録、検査成績等			
	3 エックス線写真			
	4 CT写真			
	5 MRI写真			
	その他			
主治医及び担当医の立会希望	希望する ・ 希望しない			
閲覧希望日 (複写のみ希望の場合は記入不要)	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			

私は、上記の通り診療情報等の開示を希望します。

申込者 お名前 \_\_\_\_\_ (印)

患者様との関係 \_\_\_\_\_

(申請者が患者 住 所 \_\_\_\_\_  
本人の場合  
記入不要) 電話番号 \_\_\_\_\_

(本人同意書)

私は、上記のとおり申込者( )に対して、私の診療記録簿が開示されることに同意致します。

患者様本人自署 \_\_\_\_\_ (印)