

診 療 記 録 等 の 開 示 申 込 書

令和 年 月 日

川内市医師会立市民病院 院長 殿

申請者の氏名	
患者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 患者家族（ <input type="checkbox"/> 15歳以上 <input type="checkbox"/> 15歳未満） <input type="checkbox"/> 患者遺族 <input type="checkbox"/> 患者の法定代理人 <input type="checkbox"/> 患者本人又は遺族の代理権を得た弁護士や保険会社
住 所	〒 -
連 絡 先	電話番号（ ） - 携帯番号 - -

私は以下の通り診療記録等の開示を請求いたします。

開示を受けたい 患者情報	登録番号 (ID)		
	ふりがな 患者氏名		
	生年月日	明 大 昭 平 令 年 月 日	
	住 所	〒 -	
開示を希望する 記録		要	特 記 事 項
	1. 診療録 (カルテ)	<input type="checkbox"/>	
	2. 検査記録・検査成績	<input type="checkbox"/>	
	3. X線写真・CT画像等	<input type="checkbox"/>	
	4. その他 ()	<input type="checkbox"/>	
受 取 者	<input type="checkbox"/> 請求者本人 <input type="checkbox"/> 請求者以外 (氏名: (続柄:))		
備 考			

※以下は病院記入欄

請 求 者 の 確 認 方 法	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 ()
--------------------	---

受理日 年 月 日 決裁日 年 月 日

院 長	事 務 長	看 護 部 長	担 当 医	主 任	係	金額 _____ 円 <input type="checkbox"/> 振込 (/) <input type="checkbox"/> 窓口支払い
承認・保留・拒否	承認・保留・拒否	承認・保留・拒否	承認・保留・拒否			

請求者受取サイン _____ 受取日 年 月 日 担当サイン _____