

診療記録等の開示申込書（画像のみ）

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	撮影日	種類	備考
	年 月 日	X-P・CT・MRI	
	年 月 日	X-P・CT・MRI	
	年 月 日	X-P・CT・MRI	
	年 月 日	X-P・CT・MRI	
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	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			

請求者受取サイン 受取日 年 月 日 担当サイン