

診療記録等の開示申請書

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申請いたします。

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"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者以外 (氏名: (続柄:))		
備考			

※以下は病院記入欄

申請者の 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	部長	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			

申請者受取サイン 受取日 年 月 日 担当サイン