

診療記録等の開示申請書（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	☐ 本人 ☐ 患者家族（ ☐ 15歳以上 ☐ 15歳未満） ☐ 患者遺族 ☐ 患者の法定代理人 ☐ 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	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	☐ 申請者本人 ☐ 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	☐ 運転免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ 健康保険証 ☐ パスポート
	☐ その他（ ）

受理日 年 月 日 決裁日 年 月 日

院 長	診療部長	担当医	部 長	係	金額 円 ☐ 振込（ / ） ☐ 窓口支払い
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