

院長	名誉院長	事務長	事務次長	看護部長	総務課長	医事課長

## 診療録等の開示申込書

一般社団法人

伊勢崎佐波医師会病院 殿

診療録等の開示を受けたい患者	フリガナ	(姓)	(名)
	患者氏名		
	カルテNo.		TEL - -
	住所	〒	
	生年月日	明治・大正・昭和 平成・令和	年 月

開示を希望する記録 (該当する箇所に○を記入してください)	診療記録等	開示の内容	謄写	閲覧
	1.診療経過の要約	1.全部開示 2.一部開示 3.その他( )		
	2.診療録(カルテ)	1.全部開示 2.一部開示 4.その他( )		
	3.検査記録、報告書	1.全部開示 2.一部開示 5.その他( )		
	4.エックス線写真	1.全部開示 2.一部開示 6.その他( )		
	5.CT画像	1.全部開示 2.一部開示 7.その他( )		
	6.その他( )	1.全部開示 2.一部開示 8.その他( )		

閲覧希望日 (謄写のみ希望の場合は記入不要)	第一希望	年 月 日 午前・午後 時 分 頃
	第二希望	年 月 日 午前・午後 時 分 頃
	第三希望	年 月 日 午前・午後 時 分 頃
	希望なし	

上記のとおり、診療記録等の開示を希望します。

年 月 日

申請者 氏 名 印

患者との関係

住 所 〒

申請者が本人の場合は記入不要

電話番号

開示項目					開示方法	
診療経過	診療録	検査記録	画像CD-R	その他	手渡し	郵送

### 本人同意書

私は、上記のとおり、申請者 \_\_\_\_\_ に対して、私の診療録等が開示されることに同意いたします。

患者本人(自筆)