院長	名誉院長	事務長	事務次長	看護部長	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												
	フリカ゛ナ	(姓)				(名)						
	患者氏名												
診療録等の開示を	カルテNo.					TE	L		_		_		
受けたい患者	住所	₹											
	生年月日		大正 ・ 昭和・ 令和			年		月	F	生まれ	ı		
	診療記録等				見示の内	7容				謄写	7	閲覧	覧
	1.診療経過の要約	j	1.全部開示 2	2.一部開	示 3.	その他()				
	2.診療録(カルテ)		1.全部開示 2	2.一部開	示 4.	その他()				
開示を希望する記録 (該当する箇所に○を	3.検査記録、報告	·書	1.全部開示 2	2.一部開	示 5 	その他()				
記入してください)	4.エックス線写真		1.全部開示 2	2.一部開	示 6)				
	5.CT画像		1.全部開示 2	.一部開	— 示 7	<u></u>)				
	6.その他()	1.全部開示 2	2.一部開	示 8	その他()				
	第一希望		年	月	目	午前	<u> </u>	午後		時	_	分	頃
閲覧希望日	第二希望		年	月	日	午前	•	午後		時		分	頃
(謄写のみ希望の 場合は記入不要)	第三希望		年	月	日	午前	•	午後		時		分	頃
加口は加バータ /	希望なし												
上記のとおり、診療	記録等の開示を希望	望します。	0						年		月		月
申請者 氏 名 印										1		Н	
患者との関係 申請者が本人の場合は記入不要 電話番号													
								_					
			診療経過	診療録	開示	項目 記録 画像	色〇〇)_D Z	つ他	開 手渡し	見示 ノ	方法 郵i	三
			砂冻胜地	1277只兆	- 1火 旦	山城 四月	*CT) I(一一份(~	~~~	

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)