

院長	名誉院長	事務長	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)