

診療情報等の開示申込書

社会医療法人祐生会みどりヶ丘病院 病院長 殿

開示対象患者	(カナ) 患者氏名	()	患者番号(8桁) ()
	住所		
	生年月日	西暦： 年 月 日	性別： 男性 ・ 女性
開示情報に関すること	開示方法	閲覧のみ ・ 複写 (コピー) ・ 複写 (CD-R) ・ 閲覧と複写	
	外来期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	その他	画像データの開示： 必要 ・ 不必要 備考：	
医師との面談	無 ・ 有 (「有」の場合) ご都合の悪い日時：		
閲覧希望日 (閲覧場合のみ)	第 1 希望	年 月 日 午前 ・ 午後	
	第 2 希望	年 月 日 午前 ・ 午後	
	第 3 希望	年 月 日 午前 ・ 午後	

私は、上記の通り、診療記録などの開示を希望します。

申込日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

申込者氏名： _____

住所： _____

電話番号： _____

患者との関係： _____

<本人同意欄>

私は上記の通り、申請者に対して私の診療記録などが開示されることに同意します。

署名欄 (本人または代理人) : _____

.....<病院使用欄>.....

1.窓口受付	/	印	4.担当医承認	/	印	7.医事課長承認	/	印
2.委員会承認	/	印	5.診療部長承認	/	印	8.開示担当・確認者		
3.院長承認	/	印	6.事務部長承認	/	印	9.完成日	/	
備考：						10.引渡日・担当者		