

診療情報の開示申込書

医療法人社団永生会永生病院 院長殿

申込日： 年 月 日

診療記録の開示を受けたい患者様

フリガナ 患者様氏名	(ID:)
生 年 月 日	
住 所	
電 話 番 号	

開示を希望する記録

※開示を希望される診療情報の種類、開示方法に○をつけてください。

診療情報の種類		診療日、部位等	閲覧	複写
<input type="checkbox"/>	診療録全て			
<input type="checkbox"/>	診療経過の要約書			
<input type="checkbox"/>	検査記録のみ			
<input type="checkbox"/>	画像のみ			
<input type="checkbox"/>	看護・介護記録のみ			
<input type="checkbox"/>	その他()			

閲覧希望日

※閲覧による開示を希望される場合のみご記入ください。

第一希望	:	年	月	日
第二希望	:	年	月	日
第三希望	:	年	月	日
<input type="checkbox"/>	希望日なし			

私は、上記のとおり診療記録等の開示を希望します。

なお、複写の場合は、手数料11,000円(税込)、複写代1枚につき10円をお支払い致します。

申請者氏名	(続柄:)
住 所	
電 話 番 号	

本人同意書

私は、上記のとおり、申請者_____に対して、私の診療記録が開示されることに同意します。

同 意 日	
患者様本人自署	