

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
診療録全て			
診療経過の要約書			
検査記録のみ			
画像のみ			
看護・介護記録のみ			
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
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	