診療記録等の開示申請書

医療法人八重瀬会 同仁病院　院長　殿

年　　月　　日

【 申請者 】氏　　名

生年月日　昭和 ・平成 ・令和　　年　　月　　日

住　　所

電話番号

下記の診療記録等の開示を申請します。

（フリガナ）		患者ID	
患 者 氏 名			
生 年 月 日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和　　年　　月　　日		
住　　所	☐ 申請者と同じ		
開示を希望する記録	☐診療記録（カルテ）　☐エックス線写真、CT、MRI画像　☐検査記録 ☐その他（　　）		
開 示 の 期 間	年　　月　　日　～　　年　　月　　日		

担当者記入欄

申 請 者 確 認	☐運転免許証　☐マイナンバーカード　☐パスポート　☐健康保険証 ☐公的証明書（　　）
患 者 と の 関 係	☐未成年の親権者　☐配偶者　☐親族　☐遺族　☐代理人（　　）
申請者資格確認	☐戸籍謄本　☐住民票　☐委任状　☐その他（　　）

（決裁欄）

院 長	局 長	部 長	主 治 医
同意 ・ 不同意	同意 ・ 不同意	同意 ・ 不同意	同意 ・ 不同意
月　　日	月　　日	月　　日	月　　日
（自署または押印）	（自署または押印）	（自署または押印）	（自署または押印）

受 付
月　　日
（自署または押印）

実 施	月　　日	郵送 ・手渡し	確認	
費 用	月　　日	不要・受領・未収	確認	