

診療情報（カルテ等）開示申請書

医療法人社団あんしん会あんしんクリニック
院長 殿

申請日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

下記のとおり診療情報の開示を申請いたします。

申請者

氏名： _____ 患者との関係： _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 電話番号： _____

〒

住所： _____

1. 患者情報（※申請者が本人の場合は記入不要）

診察券ID： _____

患者氏名： _____ 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所： _____

電話番号： _____

2. 開示内容・方法（✓をつけて下さい）

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 診療記録（カルテ） | <input type="checkbox"/> 手術記録等 | <input type="checkbox"/> 複写（コピー） |
| <input type="checkbox"/> 看護記録 | <input type="checkbox"/> 画像データ | <input type="checkbox"/> 医師の面談及び閲覧 |
| <input type="checkbox"/> 検査記録等 | <input type="checkbox"/> その他書類 | |

※申請時に必要書類をご用意ください、コピーをとらせていただきます。

医療機関使用欄

本人： 運転免許証 旅券 その他（ _____ ）

代理人： 運転免許証 旅券 その他（ _____ ）
 患者さま同意書
 戸籍謄本 公的な書類（ _____ ）

病院長	主治医	受付
		/