

# 診療記録等開示申請書

様式第 1 号

医療法人社団君津あすなる会 理事長殿

申請日 西暦 年 月 日

申請者  本人 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

本人以外 住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

(日中連絡のとれる連絡先)

下記のとおり診療記録等の開示を希望します。

患者氏名	(ID _____)
生年月日	西暦 年 月 日生 (満 歳)
住 所	

開示を希望する記録 開示を希望する番号に○をつけ、開示希望期間をご記入ください

1 外来診療記録 (カルテ)	期間(西暦)	年 月 日	～(西暦)	年 月 日
2 画像 (X線)	期間(西暦)	年 月 日	～(西暦)	年 月 日
3 リハビリ記録	期間(西暦)	年 月 日	～(西暦)	年 月 日
4 検査記録	期間(西暦)	年 月 日	～(西暦)	年 月 日
5 死亡患者の医療費証明書	期間(西暦)	年 月 日	～(西暦)	年 月 日
6 死亡患者の通院日証明書	期間(西暦)	年 月 日	～(西暦)	年 月 日

開示を希望する理由 (差支えない範囲でご記入ください)	
--------------------------------	--

※医療機関記入欄

受付担当者	添付書類	主 任	院 長	副院長	受渡担当者
/	申請者の身分証明書コピー 開示同意書 委任状 (本人以外の申請時)				/