

診療情報の開示に関する申請書

立正佼成会附属佼成病院 病院長 殿

● 申請者

※太枠の部分を記載して下さい

申請日	(西暦)	年	月	日
患者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外()			
氏名				
生年月日	年	月	日	電話番号
住所	〒			

私は、下記の通り、診療情報等の開示を申請いたします。

● 開示を求める患者情報

登録番号	
フリガナ氏名	
生年月日	年 月 日
住所	〒

● 開示を求める申請期間、申請診療科

申請期間	年 月 日 ~ 年 月 日
申請診療科	科 入院 ・ 外来

● 開示方法 (希望される開示方法に☑をつけてください)

<input type="checkbox"/> 写しの交付 (番号に○をつけてください)
1. 診療記録 2. 看護記録 3. 検査記録 4. 画像:X線・CT・MRI・超音波
5. 診断書(保険会社・労災・自賠責)・傷病手当等 6.その他()