

診療記録等の開示申込書

ID :

富士整形外科ララ広見クリニック

院長 平野 圭司 殿

令和 年 月 日	
申請者 氏名	印 続柄 ()
住 所 (本人の場合は不要)	
電話番号	

私は下記のとおり診療記録等の開示を希望いたします。

診療記録等の開示を受けたい患者	フリガナ	
	患者氏名	
	住 所	
	生年月日	
開示希望理由 使用目的		
開示を希望する記録 ※開示を希望する期間を記載して下さい (正確な期間がわからない場合は、初診～等で記載下さい)		期間
	1. 外来診療録	～
	2. 検査記録	～
	3. レントゲン写真、MRI、CT画像	～
	4. その他	～
開示希望日時 ※おおよそ2週間ほどお時間をいただいておりますので、ご希望に添えない場合があります	1. 希望あり	令和 年 月 日 () 時 分
	2. 特に希望なし	理由 ()

本人同意書

私は上記のとおり申請者_____ に対して、私の診療記録等が開示されることに同意いたします。

患者氏名 (自書) _____

病院使用欄 (申請者は記入しないで下さい)	受理日	令和 年 月 日
(本人証明)		
☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ その他 ()		
(代理人証明)		
☐ 患者本人の同 ☐ 法定代理人証明書 ☐ 戸籍謄本 (抄本) ☐ 委任状		
☐ その他 ()		
上記のとおり開示してよろしいか伺います。		
院 長	担 当 医	情報管理課
承認・保留・否定	承認・保留・否定	承認・保留・否定

担当医が院長の場合、担当医院は省略可

申請には各種証明書が必要です。また、受付の際に証明書のコピーをさせていただきます。
申請者氏名欄は、記名捺印又は申請者本人の自筆による署名をしてください。