

診療記録等の開示申請書

石川県済生会金沢病院長 殿

年 月 日

申請者 (自署)	ふりがな 氏 名		
	生年月日	T・S・H・R	年 月 日生
	住 所	〒	
	電話番号		
	患者との 続 柄		
開示対象患者 (申請者と同じ場合は 記入不要)	ふりがな 氏 名		
	生年月日	T・S・H・R	年 月 日生
	住 所	〒	
開示希望の記録	区 分	開示対象期間 (日付を記入)	
	<input type="checkbox"/> 診療録 (医師以外の記録を含む)		
	<input type="checkbox"/> CT・MRI等の画像データ (CD-Rでお渡し)		
	<input type="checkbox"/> その他 ( )		
開示の方法	<input type="checkbox"/> 写しの交付 ( <input type="checkbox"/> 窓口・ <input type="checkbox"/> 郵送 ) <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 面談 (医師名 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
閲覧・面談の場合 希望日 (平日のみ)	第1希望日	年 月 日 (午前・午後)	
	第2希望日	年 月 日 (午前・午後)	
	第3希望日	年 月 日 (午前・午後)	
	<input type="checkbox"/> 希望なし		

上記のとおり、診療記録等の開示を申請します。

[注] 申請者が患者本人の場合、下記の同意書は記入不要です。

(本人同意書)

私は、上記の申請者に対して、私の診療記録等が開示されることに同意します。

年 月 日

患者本人 (自署)