

診療情報等開示請求申請書

八潮中央総合病院 院長 殿
西暦 年 月 日
(ID:)

フリガナ	(セイ)	(メイ)
患者氏名	(姓)	(名)
住所		
生年月日	西暦 年 月 日生	

開示を希望する記録	
1. 外来診療録(カルテ)	希望箇所 : 全部 ・ 一部()
	期間 : 西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日
2. 入院診療録(カルテ)	希望箇所 : 全部 ・ 一部()
	期間 : 西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日
3. 画像データ(CD-R)	希望箇所 : 全部 ・ 一部()
	期間 : 西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日
4. その他()	希望箇所 : 全部 ・ 一部()
	期間 : 西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日
開示を希望する理由(差し支えない範囲でご記入ください)	

私は、上記の通り診療記録等の開示を希望します。
西暦 年 月 日

申請者

<input type="checkbox"/> 本人	氏 名 : 印
<input type="checkbox"/> 本人以外	患者との関係 :
	住 所 :
	電話番号 :

※病院記入欄

院 長	主 治 医	事 務 長	看 護 部 長
可 ・ 否	可 ・ 否	可 ・ 否	可 ・ 否
決 定 日	西暦 年 月 日		
最 終 決 済	受 理 ・ 不 受 理		担 当 者 :

委任状

八潮中央総合病院
院長 真田 毅 様

私（患者）_____ は、個人情報の取り扱いすべて
に関し一切の権限を下記申請者 _____ に委任致しま

西暦 年 月 日

患者氏名	_____ 印
生年月日	西暦 年 月 日
住 所	_____
電話番号	_____

申請者氏名 (保護者)	_____ 印
続 柄	_____
住 所	_____
電話番号	_____