

診療情報等開示請求申請書

西暦 年 月 日

八潮中央総合病院 院長 殿

(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

本人

氏名 :

印

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 育 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 _____ 印
(保護者)
続 柄 _____
住 所 _____
電話番号 _____