

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	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下さい)	

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 :

Ⓜ

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 殿

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_____に委任致します。

令和 年 月 日

患者氏名 _____ (印)
生年月日 _____ 明治・大正・昭和・平成・令和 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 _____