

診療記録等の開示申込書

中頭病院 ・ ちばなクリニック 院長殿

診療記録等の開示を 受けたい患者	フリガナ	(姓)	(名)
	患者氏名		
	患者番号		
	住所		
	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生	
開示を希望する記録 (該当する個所に○を 記入して下さい。)	項目	診察日・部位等	
	1 診療録(カルテ)		
	2 検査記録、検査成績表		
	3 エックス線写真		
	4 CT・MRI 画像		
	5 診療経過の要約書		
	6 その他		
(開示方法)	1. 閲覧	2. 謄写	
(患者の状況)	1. 未成年	2. 死亡	患者本人の場合は記入不要 3. その他()

申請者(自筆)氏名 開示説明・キャンセル料金について同意致します			
(住所)	〒		
(電話番号)	- -		
(記入日)	年 月 日		
(患者との関係)	* 代理人以外の場合には、患者本人の意思が確認できる委任状を添えて下さい 1. 本人 2. 親族(続柄) 3. 法定代理人 4. 任意後見人 5. 遺族(法定相続人に限る) 6. その他()		
(資格確認)	□ コピー済み 1. 運転免許証 2. 印鑑証明書 3. 健康保険証 4. パスポート 5. 戸籍謄本 6. その他()		
開示希望日	月 日 午前・午後 時		

* カルテ開示をキャンセルする場合は早めにお申し付け下さい。
* 開示の準備状況に応じてはキャンセル料金(コピー代金)を頂く場合がございます。

(当院使用欄)

受付日:	年 月 日	担当者名:	
主治医意見欄:	主治医 (自筆)		

基本料金	謄写料金	お支払い日	確認者

中頭病院 院長	ちばなクリニック 院長	診療情報管理委員会委員長	診療情報管理課 課長