

診療記録開示依頼書

年 月 日

社会医療法人社団大久保病院 病院長殿

開示対象患者	フリガナ	
	患者氏名	
	生年月日	年 月 日生
	住 所	
	電話番号	

開示を希望する範囲 (該当するものに○ をして下さい)	1. 診療録	
	2. 医師記録	
	3. 看護記録	
	4. 検査記録	
	5. 画像記録	
	6. その他 ()	
	入院 ・ 外来 ・ 両方	
	期間： 年 月 日～ 年 月 日	

開示方法 (該当するものに○ をして下さい)	1. 閲覧	
	2. 医師による説明	1回 3,300円 (30分以内)
	3. 写しの交付	手数料 220円～ / CD-R 1,650円
	4. 要約書	4,400円

上記のとおり、診療情報の開示を希望します。

開示請求者	フリガナ	
	氏 名	
	患者との関係 (該当するものに ☑をして下さい)	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人[] <input type="checkbox"/> 本人の世話をを行う親族及びこれに準ずる方[] <input type="checkbox"/> 本人が委任した代理人[]
	※ 住 所	
	※ 電話番号	

※ 開示対象患者と開示請求者が異なる場合は、
住所・電話番号をご記入ください。
本人確認書類と別に①委任状、②患者本人との関係を証明する書類等が必要です。

※当院使用欄

病院長	主治医	診療情報 管理室長	受付担当

申込者確認書類		
1. 運転免許証 4. 戸籍謄本	2. 旅券 5. その他 ()	3. 健康保険証