

# 診療情報開示申込書

年 月 日

医療法人敬親会豊島病院 院長 殿

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印 続柄( ) \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

(開示対象者本人自署の場合は押印・住所記入不要)

TEL - -

私は下記の通り診療情報開示を希望します。

診療情報開示対象者	診察券番号									
	フリガナ									
	患者氏名									
	住所									
	生年月日	明 大 昭 平		年	月	日	(	歳)		
診療情報開示請求の理由 (本人は任意記入)										
医師との面談希望 (第三者は有料)	無 ・ 有		1件:5,000円(税別 15分以内)							
開示を希望する記録 (資料作成有料)						開示	閲覧	特記事項		
	1. 診療経過の要約書									
	2. 診療録(カルテ)									
	3. 検査記録、検査成績表									
	4. エックス線写真									
	5. MRI・CT画像									
	6. その他									
開示予定日時	第1希望		月	日	( )	時	分			
	第2希望		月	日	( )	時	分			
	特に希望なし									

本人同意書 (本人または別に委任を受けたものが申請する場合は不要)

私は上記の通り申請者 \_\_\_\_\_ に対して、私の診療情報が面談も含め開示されることに同意します。

患者氏名(自署) \_\_\_\_\_

病院使用欄				受理日	年	月	日
上記の通り開示してよろしいか伺います。							
理事長	院長	担当医	事務長	<最終確認> 開示請求担当者サイン			
承認・保留・否認	承認・保留・否認	承認・保留・否認	承認・保留・否認	年 月 日			