

診療記録等の開示申請書

岡山赤十字病院 院長殿

当該患者	フリガナ			
	患者氏名	姓)	名)	
	登録番号			
	住所			
	生年月日	大正 昭和 平成 令和 西暦	年	月
開示を希望する診療記録および方法（該当の箇所に○を記入）		診察日、部位等	謄写	閲覧
	1. 診療経過の要約書			
	2. 診療録のみ			
	3. 検査記録、検査成績表			
	4. X線写真			
	5. 画像			
	6.			
7.				
閲覧希望日 (謄写のみ希望の場合は不要)	第一希望 第二希望 第三希望 特に希望なし	月 日	午前	午後
		月 日	午前	午後
		月 日	午前	午後

私は、上記の通り診療記録等の開示を希望します。

令和 年 月 日

申請者 本人氏名（自署）
 代理人氏名（自署）
患者との関係
代理人住所
 連絡の取れる電話番号 — —

本人同意書

私は、上記の通り申請者 _____ に対して、私の診療記録等が開示されることに同意いたします。

患者本人自署