

診療録等の開示請求書・同意書

平成 年 月 日

医療法人徳洲会
札幌徳洲会病院
院長 奥山 淳 様

私は、下記の通り、貴院が知り得るすべての診療録等に関する情報開示の請求をいたします。

開示請求をする 患者氏名等	ID			
	フリガナ			
	患者氏名	(姓名変更があった場合は、受診当時の姓名を記載)		
	生年月日	明治・大正 昭和・平成	年	月 日
開示請求をする 診療録等	※入院・外来区分	<input type="checkbox"/> 入院診療記録	<input type="checkbox"/> 外来診療記録	<input type="checkbox"/> 入院・外来両方
	診療科			
	請求する期間	年 月 日	～	年 月 日
	※開示請求内容	<input type="checkbox"/> 診療録の記載内容すべて(診療録・手術記録・検査記録・画像記録) <input type="checkbox"/> 診療録のみ <input type="checkbox"/> 画像(CT・MRI・レントゲン)のみ <input type="checkbox"/> その他()		
開示理由				

注)※の欄は、該当する項目をチェックして下さい

私は、上記の内容を開示することに同意し、下記に署名捺印いたします。

請求者(自署)	氏名		印
	住所	〒 -	
	電話番号 (連絡先)	- -	
	患者との 関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外()	

【病院使用欄】

本人確認書類 委任状 法定代理人である旨の証明書 戸籍謄本

受付受取	/	印
------	---	---

病歴受取	/	印
------	---	---