診療記録等開示申出書

令 和　年　月　日

医療法人寿鶴会 菅野病院院長 菅野 隆 殿　　申 請 者

住　所

氏　名　　㊞

電話番号

下記のとおり診療記録等の開示を申出します。

太枠の中をご記入ください。

1 開示を求める診療記録の内容	☐ 診療録（カルテ）　☐ 処方内容　☐ 手術記録 ☐ 検査所見　☐ 画像記録　☐ 看護記録 ☐ その他（　　）	
	・診療開示を希望する診療科（　　） ・診療を受けた期間　（　年　月 ～　年　月）	
2 開示区分	☐ 閲覧　☐ 口頭による説明　☐ 複写	
3 申請者が患者本人以外の場合	申請者と患者の関係	☐ 患者の親族（続柄　　） ☐ 未成年者の親権者もしくは後見人 ☐ 成年後見人 ☐ その他（　　）
	患者の氏名及び生年月日	氏　名 生年月日　　年　月　日生　性別 男・女
	患者の住所及び電話番号	住　所 電話番号

診療録等開示申出書のほかに必要な書類など、開示についての詳細は別紙「診療録等の開示についてのご案内」をご確認ください。

～以下、病院職員使用欄～

担当医	日付 .	署名
看護部長	日付	署名
院長	日付 .	署名 .