

# 診療記録等の開示請求書

殿

診療記録等の開示を受けたい患者	(フリガナ)	(姓)	(名)		
	患者氏名				
	住 所				
	生年月日	明・大・昭・平		年	月
開示を希望する記録 *該当する箇所に○を記入して下さい			診察日・部位等	複写	閲覧
	1.診療録 (カルテ)				
	2.検査記録、検査成績表				
	3.エックス線写真				
	4.CT 画像				
	5.MRI 画像				
	その他				
閲覧希望日 *複写のみ希望の場合は記入不要	第1希望……	月	日	午前・午後	
	第2希望……	月	日	午前・午後	
	第3希望……	月	日	午前・午後	
	<input type="checkbox"/> 特に希望なし				

私は上記のとおり、診療記録等の開示を希望します。

年 月 日

申請者 氏 名

患者との関係

住 所

電 話 番 号