

様式第1号

診療記録等開示請求書

年 月 日

病 院 長 様

(本人) 住所

氏名

印

連絡先 () -

(代理人) 住所

氏名

印

連絡先 () -

公立八鹿病院診療記録等の開示に関する規程第7条により、次のとおり診療記録等の開示を請求します。

① 診療記録等開示の種類	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 診療録 <input type="checkbox"/> 検査記録 <input type="checkbox"/> エックス線写真 <input type="checkbox"/> 診療報酬明細書 <input type="checkbox"/> その他 ()
② 開示の方法	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 複写 <input type="checkbox"/> 要約書 <input type="checkbox"/> 説明
③ 患者との関係	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 患者の法定代理人 <input type="checkbox"/> 患者から代理権を与えられた親族 <input type="checkbox"/> その他 ()
④ 請求者の身分証明	<input type="checkbox"/> 印鑑証明書 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他
⑤ 理 由	
⑥ 備 考	

*①～④については該当する番号に レ印 を付し、その他の場合は具体的に内容を記入して下さい。

(注) 下記は記入しないで下さい。

受領年月日	受領した日	年 月 日
	受領した課	(診療録管理室 課・科) 氏名
	電話番号	() - 番 内線