

診療記録等開示申請書

令和 年 月 日

医療法人社団 サンクファイル
下北沢整形外科リウマチ科クリニック
院長 植田 進一朗 様

下記のとおり診療記録等の開示を申請いたします。

| | | |
|-------|--|-----------------|
| 患者様情報 | フリガナ | |
| | 氏名（受診当時の氏名） | |
| | 生年月日 | 明・大・昭・平・令 年 月 日 |
| | 住所 | |
| | 電話番号 | |
| | 診察券番号 | |
| 申請者情報 | 氏名 | |
| | 住所 | |
| | 電話番号 | |
| | 患者様との関係（続柄） | |
| 期間 | <input type="checkbox"/> 全期間 | |
| | <input type="checkbox"/> 年 月 日 ~ 年 月 日 | |
| | <input type="checkbox"/> 年 月 日 ~ 年 月 日 | |
| 種類 | <input type="checkbox"/> 診療記録（カルテ） | |
| | <input type="checkbox"/> 検査記録 | |
| | <input type="checkbox"/> 画像検査記録（X線） ※画像検査記録はCD-ROMにてお渡しいたします | |
| | <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| 開示方法 | <input type="checkbox"/> 写し（コピー）の交付 （受領方法： <input type="checkbox"/> 来院 <input type="checkbox"/> 郵送（送料が別途かかります）） | |

※ご申請いただいた後の変更はいたしかねますので、ご了承ください。

申請者氏名（自署） _____ 印

【病院使用欄】

| | |
|------|--|
| 確認書類 | <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他 |
| 受付日 | |
| 開示日 | |