

# 診療記録の開示申込書

日本赤十字社長崎原爆病院長 様

診療記録等の開示 を受けたい患者	(フリガナ)			
	患者氏名	(姓)	(名)	
	患者番号			
	住所			
	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日		
開示を希望する記録 (該当する箇所に○ を記入してください)		開示を希望する診療内容・診察日等	複写	閲覧
	1. 医師記録			
	2. 看護記録			
	3. 検査記録、検査成績			
	4. 説明・同意書			
	5. CT・MRI等画像			
	他			
閲覧希望日 (複写のみ希望の 場合は記入不用)	第一希望	令和 年 月 日	午前	午後
	第二希望	令和 年 月 日	午前	午後
	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。

令和 年 月 日

申請者 氏名 \_\_\_\_\_ 印

(患者との関係) \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

連絡先 (自宅・携帯・勤務先)

\_\_\_\_\_

(代理人の場合は本人自署の委任状を添えてください。)

受領日	令和 年 月 日	氏名	受領印
-----	----------	----	-----