

# 診療記録等の開示申込書

年 月 日

東松山医師会病院 殿

診療記録等の開示 を受けたい患者	患者氏名	(ID )		
	生年月日	M・T・S・H・R	年 月 日生	
	住 所			
	電話番号	( )-( )-( )		
開示を請求する期間	年 月 日 ~ 年 月 日分			科
診療記録等の開示を 請求する理由				
開示を希望する記録  (○を記入)	項 目	閲覧	複写	特記事項
	1	診療録の閲覧	/	
	2	診療経過の要約	/	
	3	医師との面談	/	
	4	診療録(カルテ)	/	
	5	検査結果		
	6	画像フィルム・CD・DVD		
	7	利用停止・消去・その他( )		

私は上記の通り診療記録等の開示を希望します。

申請者 氏名(自署) \_\_\_\_\_

\*代理人による請求の場合には、下記の欄にも記入の上  
患者本人の意思確認ができる委任状を添えて下さい。

代理人の種類 ( )法定代理人 ( )親族・これに準じる者

代理人氏名(自署) \_\_\_\_\_

代理人住所 \_\_\_\_\_

代理人電話番号 ( )-( )-( )

本人との関係 \_\_\_\_\_

受付日 年 月 日

院長	主治医	事務長	課長	受付者