

診療録等の開示申請書

福岡ハートネット病院 病院長殿

診療録等の開示を 受けたい患者	患者番号						
	(フリガナ)	(姓)			(名)		
	患者氏名						
	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和		年	月 日生		
	住 所						
	電話番号						
開示を希望する記録 (該当する番号に○を 記入して下さい)			診察日・部位等	複写	閲覧		
	1	診療経過の要約書					
	2	診療録 (カルテ)					
	3	検査記録・成績表					
	4	エックス線写真					
	5	C T等画像					
閲覧希望日 (複写のみ希望の 場合は記入不要)	第一希望	月	日	午前・午後			
	第二希望	月	日	午前・午後			
	第三希望	月	日	午前・午後			
	() 特に希望なし						
<p>私は、上記のとおり診療録等の開示を希望します。</p> <p style="text-align: right;">2 0 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申 請 者 氏 名</p> <p style="text-align: center;">患者との関係</p> <p>申請者が患者本人の 場合は記入不要</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>住 所</td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> </tr> </table>						住 所	電話番号
住 所							
電話番号							
(当院使用欄)							
申請者	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 患者本人以外						
申請者本人確認欄	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> マイナンバーカード(表面のみ)						
	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 健康保険証						
申請者本人以外 確認欄	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> マイナンバーカード(表面のみ)						
	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 健康保険証						
備考							
受付日	管理者の決裁日	主治医の同意日	開示不可	費用收受日	開示日		
月 日	月 日	月 日	月 日	現金 ・ 振込 月 日	手渡し ・ 郵送 月 日		