

(様式1)

診療記録等の開示申請書

フリガナ	(姓)	(名)	男	生年月日
患者氏名			・ 女	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生
患者住所	〒			
開示を希望 する記録 (該当に○を 記入してく ださい)		記 録 区 分	診察日・部位等	閲 覧
	1	診療録（カルテ）		閲覧・謄写
	2	検査所見・画像		閲覧・謄写
	そ の 他			

開示希望の理由

私は、上記のとおり診療記録等の開示を希望します。
謄写の交付を受けた場合は、私が責任を持って適切な保管と取り扱いを行います。
令和 年 月 日

申請者 氏 名 ㊞

患者との
続 柄

住 所

☎

回生会 宝塚病院 院長殿

〈本人同意書〉

私は、上記のとおり申請者 に対して私の診療記録等が開示される
ことに同意いたします。

患者本人（自筆） ㊞

(様式1)

診療記録等の開示申請書

記入見本

フリガナ	(姓) タカラヅカ	(名) スミレ	男	生年月日
患者氏名	宝塚	すみれ	女	明治・大正・昭和・平成 11年2月11日生
患者住所	〒665-0022 兵庫県宝塚市野上2丁目1番2号			
開示を希望 する記録 (該当に○を 記入してく ださい)		記 録 区 分	診察日・部位等	閲覧・謄写
	1	診療録 (カルテ)	2017.12.26~2018.2.7	閲覧 (○) 謄写
	2	画像CD	2017.12.26~2018.2.7	閲覧 (○) 謄写
	そ の 他			

開示を希望される患者様のお名前・性別・生年月日
ご住所をご記入ください。

閲覧(ご覧になるだけ)か
謄写(コピーのご用意)の
どちらのご希望かを選択して
○で囲んでください。

開示希望の理由

〇〇の手続きに必要な

私は、上記のとおり診療記録等の開示を希望します。

お差し支えなければ
開示希望の理由をご記入ください。

平成 27 年 4 月 1 日

申請者 氏 名 宝塚 花子

患者との
続 柄 長女

住 所 兵庫県宝塚市野上2丁目1番2号

☎ 0797-71-3111

ご記入日時
申請される方のお名前・ご住所・
ご連絡先
患者様との続柄をご記入下さい。

宝塚病院 院長殿

〈本人同意書〉

私は、上記のとおり申請者 に対して私の診療記録等が開示される
ことに同意いたします。

患者本人 (自筆)

患者様同意書欄に、患者様のご自筆でご記入ください。

※止むを得ず同意書欄への記入
が困難な場合は、同意書欄を空白
の上、記入困難の理由を記載して
ください。

患者本人は重介護状態、および認知症により意思疎通困難のため記入できません。