

(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	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生
患者住所	〒			
開示を希望 する記録 (該当するものに ○を記入して ください)		記 録 区 分	診察日等	提供種別
	1	診療録(カルテ)		謄写
	2	検査所見		謄写
	3	画像データ		CD-R
	4	入院要約		謄写

開示希望の理由 (お差し支えなければご記入ください)

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 印

患者との続柄

住 所

☎

宝塚病院 病院長殿

〈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) 印