

診療記録開示申請書

医療法人社団 緑成会 横浜総合病院
病院長 平元 周殿

受診者 ID 番号 ()

診療記録の 開示を受けたい 受診者	ふりがな		明 大 昭 平 令	年 月 日生			性別
	受診者氏名			歳 ヶ月			男・女
	住所	電話					
希望する開示 方法と内容 (医師とご相談の 上、希望する項目 をご記入下さい)	診療記録の項目	診療日・部位等	開示の方法				
			閲覧	口頭説明	複写(紙)	CD-R	
	診療記録						
	手術・麻酔記録						
	検査記録・検査成績表						
	画像：X線・CT・MRI・エコー						
助産・看護記録							
希望日時	第一希望日	年 月 日 ()	午前・午後 時				
	第二希望日	年 月 日 ()	午前・午後 時				
開示を希望 する理由							

私は、上記のとおり診療記録の開示を請求いたします。

年 月 日

申込者 氏名 (自署) 印

受診者との関係

(申込者が本人の場合は記入不要)

住 所

以下横浜総合病院記入欄

申込者本人確認方法	運転免許証, 旅券, 健康保険被保険者証, 年金手帳
申込者資格確認方法	戸籍謄本, その他 () 同意書の 有 ・ 無

同意書

私は、申請者（ ）に対して、表記申請書のとおり、
私の診療情報が開示されることに同意します。

緑成会 横浜総合病院院長殿

年 月 日

申請者本人（自署）

印

開示終了確認欄

実施日 年 月 日

（申請側立会い人）

（病院側立会い人）

立会人
（自署）

.....

.....

.....

.....

.....

.....