

## 診療記録開示申請書

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	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		
	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)

.....

.....

.....

.....

.....

.....