

診療記録等開示申請書

令和 年 月 日

医療法人社団 サンクファイル
下北沢整形外科リウマチ科クリニック
院長 植田 進一朗 様

下記のとおり診療記録等の開示を申請いたします。

患者様情報	フリガナ	
	氏名（受診当時の氏名）	
	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日
	住所	
	電話番号	
	診察券番号	
申請者情報	氏名	
	住所	
	電話番号	
	患者様との関係（続柄）	
期間	<input type="checkbox"/> 全期間 <input type="checkbox"/> 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 年 月 日 ~ 年 月 日	
	種類 <input type="checkbox"/> 診療記録（カルテ） <input type="checkbox"/> 検査記録 <input type="checkbox"/> 画像検査記録（X線） ※画像検査記録はCD-ROMにてお渡しいたします <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	開示方法 <input type="checkbox"/> 写し（コピー）の交付 （受領方法： <input type="checkbox"/> 来院 <input type="checkbox"/> 郵送（送料が別途かかります））	

※ご申請いただいた後の変更はいたしかねますので、ご了承ください。

申請者氏名（自署） _____ 印

【病院使用欄】

確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他
受付日	
開示日	