

# 診療記録等の開示申込書

新潟臨港病院 病院長 殿

受付番号	-	フリガナ	(姓)	(名)		
診療記録等の開示を 受けたい患者さま について	氏名					
	患者番号			電話		
	住所					
	生年月日	年		月	日	生
開示を希望する 記録の種類 (該当するものに○を 記入してください)		診断日・診療科・部位等		複写	閲覧のみ	
	1. 診療経過の要約書					
	2. 診療録(カルテ)					
	3. 看護記録					
	4. 検査記録					
	5. 処方箋					
	6. 診断用画像					
	7. 問診表					
診療記録の所在が 確認出来ない場合	「診療記録の不存在証明書」発行を   ・希望する   ・希望しない					
開示希望日	第一希望	月	日	午前・午後	時	分頃
	第二希望	月	日	午前・午後	時	分頃
	第三希望	月	日	午前・午後	時	分頃
	特に希望なし					

私は、上記のとおり診療記録等の開示を希望いたします。

年 月 日

申込者  
氏名 \_\_\_\_\_ 印

患者さま  
との関係 \_\_\_\_\_

(申込者が本人の場合不要)

住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

開示に関する主治医の見解

---



---



---

決裁欄(押印又は署名)

院長	事務局長	主治医	事務担当者