

個人情報に関する診療情報開示申請書

申請年月日 年 月 日

医療法人匡慈会 伏虎リハビリテーション病院  
病院長 殿

|            |
|------------|
| 会社名        |
| 住所〒        |
| 電話番号 ( ) - |
| 担当者名 印     |

下記のとおり診療記録の開示を申請いたします。  
なお、提出いたしました同意書につきましては、弊社が全て責任を負うものとします。

記

|                                 |    |               |             |
|---------------------------------|----|---------------|-------------|
| 患者情報                            | 氏名 | (フリガナ)        | 患者 I D      |
|                                 |    |               | 生年月日 年 月 日生 |
|                                 | 住所 | 〒 電話番号 ( ) -  |             |
| 診療科名                            |    | 科             |             |
| 診療期間                            |    | 年 月 日 ~ 年 月 日 |             |
| 入外区分                            |    | ( 入院 ・ 外来 )   |             |
| 開示を希望する診療記録等 (該当するものに○で囲んでください) |    |               |             |
| 開示方法 ( 閲覧 ・ 複写 (コピー) )          |    |               |             |
| 入院区分 ( 入院 ・ 外来 )                |    |               |             |
| 1 診療記録のすべて 5 X線フィルム             |    |               |             |
| 2 診療録 (カルテ) 6 C T               |    |               |             |
| 3 看護記録 7 その他 ( )                |    |               |             |
| 4 検査                            |    |               |             |

■ 支払い方法 ( 振込 ・ 窓口 )

|       |    |     |
|-------|----|-----|
| 開示年月日 | 院長 | 担当医 |
| 年 月 日 |    |     |