【別紙8】

診療記録等開示申請書

第二成田記念病院　病院長　殿

開示を受けようとする患者様	フリガナ	(セイ)	(メイ)
	患者氏名	(姓)	(名)
	患者ID		
	住所		
	電話番号		
	生年月日		

	種類	区分、期間
開示を希望する記録等(該当するものを〇で囲む)	1、診療記録のすべて 2、診療録(カルテ) 3、検査記録 4、画像データ 5、看護記録 6、その他(　　)	1、入院(期間を記入してください) (　　～　　) 2、外来(期間を記入してください) (　　～　　)

開示方法	1、提供(プリント)	2、閲覧	補足説明	要　・　不要

私は、上記の通り診療記録等の開示を希望します。

申請者　　西暦　　年　　月　　日

☐ 本人

☐ 本人以外(委任状添付)

氏　　名

患者様との関係

住　　所

電話番号

(本人確認証)
身分証明書(運転免許証、パスポート、健康保険証等)
(代理人証明)
・申請者様の身分証明書　・戸籍謄本(抄本)　・委任状

病院使用欄	院長	主治医	看護部長	病棟師長	事務長	受付者	受渡方法
							窓口 郵送 その他(　　)