

診療情報開示申込書

開示を受けたい患者	(ふりがな) 氏名		生年 月日	年 月 日
	住所			
開示を希望する記録	項目	期間・診療日	備考	
	① 診療録	年 月 日～ 年 月 日		
	② 検査記録	年 月 日～ 年 月 日		
	③ 画像	年 月 日～ 年 月 日		
	④ 看護記録	年 月 日～ 年 月 日		
	⑤ その他（具体的に）	年 月 日～ 年 月 日		
申込理由 (任意)				

キナシ大林病院 院長殿

上に記載した患者の診療情報の開示を申し込みます。

申込日： 年 月 日

申込者（自署） _____ 患者との関係 _____

住所 _____

連絡先 _____

※費用は申込者へ請求します。

※申込者の方の身分証明書（運転免許証等）コピーを添付してください。必要に応じて患者本人と申込者との関係がわかる書類を提出いただきます。

院長	事務長	担当医	担当医	担当医	開示担当者