

診療記録開示請求書

年 月 日

MYメディカルクリニック 宛

私は、貴院が保有する下記の診療記録を開示して
いただきたく、請求いたします。

開示を受け ようとする 患者	フリガナ	(姓)	(名)
	患者氏名		
	診察券番号		
	住 所		
	生年月日		
開示を希望 する記録等 (該当するものを ○で囲む)	診療記録		診察日・部位等
	1 診療録(カルテ)		
	2 検査記録・検査成績表		
	3 エックス線写真		
	4 画像:CT,MRI,エコー		
	5 看護記録		
	6 その他()		

開示請求者 氏 名 _____
患者との関係 _____
住 所 _____
電 話 番 号 _____

(本人同意書)

私は、上記のとおり、(請求者) _____ に対して、貴クリニックが
保有する私の診療記録等が開示されることに同意いたします。

患者本人(自署) _____

受付	事務長	担当医	院長	開示実施	費用徴収