

開示申込書

《宛先》地方独立行政法人桑名市総合医療センター 病院長

診療記録等の開示 を受けたい患者氏名	フリガナ	(姓)	(名)
	患者氏名		
	患者番号		
	住 所		
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 平成・令和・西暦	

開示方法	☐ 写しの交付 ☐ 閲覧	
診療科	☐ 全科 ☐ 科：	
開示対象期間	☐ 全て ☐ 外来のみ ☐ 入院のみ 西暦 年 月 日～西暦 年 月 日	
開示を希望する 記録の種類	☐	診療系記録 (医師記録・看護師記録・薬歴・手術記録・麻酔記録・病名・退院サマリ等)
	☐	看護系記録 (看護計画・経過記録・看護要約・看護データベース等)
	☐	検体検査結果 (血液、尿、痰等)
	☐	画像検査報告書 (X線・CT・MRI・核医学・超音波・内視鏡等)
必要箇所に✓を いれてください	☐	画面上の検査結果
【開示に係る費用】 紙の複写 10円/枚 ※CD-R 550円/枚	☐	生理学的検査報告書 (心電図・肺機能検査等)
	☐	病理学的検査報告書 (細胞診・組織診等)
	☐	その他 ()
	☐	画像データ (CD-R※) (X線・CT・MRI・核医学・超音波・内視鏡等)

私は、上記のとおり診療記録等の開示・閲覧を申し込みます。

西曆 年 月 日

申請者 氏名： _____ (印)

患者との関係： _____

住所： _____
(住所は患者本人が申請者の場合は記入不要)

電話番号： _____
(日中連絡がとれる番号)

受付者