

診療録等の開示申請書

福岡市民病院 院長 殿

年 月 日

氏名 印〒
住所

電話番号

患者との関係 (本人 ・)

下記の通り、診療録等の開示を申請します。

開示方法 (○で囲む)	(1) 診療録等の写しの交付 (2) 診療録等の要約書の交付 (3) 診療録等の閲覧		
開示期間	外来	年 月 ~	年 月
	入院	年 月 ~	年 月
開示診療科			
開示種別 (○で囲む)	(1) 診療記録	(2) 画像を除く 診療記録	(3) その他()
複写の 提供方法	(1) 電子媒体 (CD-R 1枚1100円)	(2) 紙媒体 (両面コピー 1枚20円)	(3) その他()
※電子媒体で提供できない記録につきましては、紙での提供となります。			
患者情報 (患者と申請者 が異なる場合に 記載)	氏名		
	生年月日	(大正 ・ 昭和 ・ 平成) 年 月 日	
	患者の状況 (○で囲む)	(1) 生存中 (2) 死亡	
	(同意欄) 患者が生存中の場合に患者が記載		
私は、上記の通り <u>申請者名</u> に対して 貴院が保有する私の診療録等が開示されることに同意します。			
年 月 日 <u>患者自署</u>			