

**診療記録等の開示申請書**

社会医療法人財団白十字会  
 耀光リハビリテーション病院 病院長 殿

【お問い合わせ先】  
 事務課 カルテ開示担当  
 電話：0956-25-3210

■ 診療記録等の開示を求める患者情報

か 氏	な 名	(旧姓)
住 所	〒	
患 者 番 号		
生 年 月 日	T・S・H          年          月          日	性別 ..... 男 ・ 女

■ 開示希望記録

診 療 科	内科		
開 示 期 間	1. 全て 2. 期間指定 (          年          月          日～          年          月          日) 3. その他 (          )		
入 院 診 療 記 録	診療録・看護記録・リハ記録・検査記録・レセプト・その他 (          )		
検 査 画 像	X線画像	CD-ROM 出力	有 ・ 無
	生理画像 (心電図)	CD-ROM 出力	有 ・ 無
		CD-ROM 出力	有 ・ 無
そ の 他  (開示方法等)	開示方法 (カルテ閲覧のみ/カルテ閲覧及び主治医による説明/謄写のみ)		

私は上記の通り、診療記録等の開示を希望します。

年          月          日

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 実印          患者との関係 \_\_\_\_\_  
 〒  
 住 所 \_\_\_\_\_ 連絡先 (携帯) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

(本人同意欄)

私は上記の通り、申請者 \_\_\_\_\_ に対して、私の診療記録等が開示されることを同意いたします。

(委任者が本人の場合) 患者の氏名 \_\_\_\_\_ 実印

(委任者が家族等の場合) 家族等氏名 (続柄 \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ 実印

【病院使用欄】

受付者	本人確認	本人確認書類		
		運転・旅券・保険証 その他 (          )		