

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 名	開示を求める患者さんの氏名・住所・ 生年月日をご記入ください。		(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(複写のみ))		

開示を希望する記録に○をつけ、希望する期間やCD-ROM出力の有無、開示方法についてご記入ください。

私は上記の通り、診療記録等の開示を希望します。

開示申請書ご本人の氏名・住所・電話番号をご記入ください。
 開示診療記録等の送付先になります。
 申請者氏名 _____
 住 所 _____

実印にてご捺印ください。
 ※申請者が患者さん本人でない場合、患者さんとの関係が証明できるもの(戸籍抄本など)が必要です。
 _____ 日

(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 _____

申請者が患者さん本人でない場合のみご記入ください。

(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 ()		