

## 診療記録等の開示申請書

社会福祉法人 三井記念病院  
院長 川崎 誠治 殿

申請日 西暦 年 月 日

### ■ 開示対象となる患者情報

かな 氏名	(旧姓)	
住所・電話番号	〒 電話：	
生年月日	西暦 年 月 日	性別
診察券番号	- -	男・女

### ■ 開示希望記録 ※診療科、期間をご記入いただき、該当する記録に○印をつけてください

診療科	・全て ・指定 ( )科 ( )科 ( )科
期間	・全て ・指定 ( 年 月 日 ~ 年 月 日) ( 年 月 日 ~ 年 月 日)
外来診療記録	診療録・検査記録・診療報酬明細書(レセプト)・その他( )
入院診療記録	診療録・看護記録・手術記録・検査記録・入院診療サマリー(退院時要約) 診療報酬明細書(レセプト)・その他( )
検査画像データ ※CD-ROM出力	放射線(X線・CT・MRI等)・生理(心電図・超音波等)・内視鏡
その他	

私は上記の通り、診療記録等の開示を希望します。

### ■ 申請者情報

かな  
氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_ 患者との関係： \_\_\_\_\_  
〒 \_\_\_\_\_  
住所： \_\_\_\_\_  
電話(携帯)： \_\_\_\_\_

### ■ 診療録の不存在証明書

法的保存期間の経過等により診療記録等が存在しない場合、診療録の不存在証明書の発行を希望しますか  
はい ・ いいえ (○印をつけてください)