

診療情報の提供(開示)申請書

仙台整形外科病院長 殿

(ID番号: —)

フリガナ	(セイ)	(メイ)
患者氏名	(姓)	(名)
生年月日	明治 昭和 令和 大正 平成 西暦	年 月 日
住 所		
電話番号	(携帯番号)	

提供(開示)を希望する診療情報

<input type="checkbox"/>	希望箇所 : 全部 ・ 一部 開示方法 : 写しの交付 ・ 閲覧
外来診療録(カルテ)	① 期 間 : 西暦 年 月 日 ~ 年 月 日 ② 期 間 : 西暦 年 月 日 ~ 年 月 日
<input type="checkbox"/>	希望箇所 : 全部 ・ 一部 開示方法 : 写しの交付 ・ 閲覧
入院診療録(カルテ)	① 期 間 : 西暦 年 月 日 ~ 年 月 日 ② 期 間 : 西暦 年 月 日 ~ 年 月 日
画 像	希望箇所 : 全部 ・ 一部 (一部希望の場合具体的に下記へ記入)
<input type="checkbox"/> CD-R	部 位 :
<input type="checkbox"/> フィルム	期 間 : 西暦 年 月 日 ~ 年 月 日 そ の 他 :
<input type="checkbox"/> 要 約 書	希望内容 :
修 正 履 歴	必要 ・ 不要

* 医師記録のみ、看護記録のみ等の診療記録の一部開示につきましては、診療記録内容への誤解をまねく可能性を鑑みて、お断りしております。ご了承くださいませようお願い申し上げます。
* 画像の提供は当院で撮影した分のみとなります。

私は開示説明・料金について同意し、上記の通り診療情報の提供(開示)を申請します

西暦 年 月 日

申請者

氏名(自筆署名)

患者本人

患者との関係

患者本人以外

住所

電話番号

病院担当者記入欄

受付日	提供日	診療録 枚 CD-R 枚 フィルム 枚