書式５（様式第１号）

# 診療記録開示申請書兼受領書

公立小浜温泉病院

院長　井手　孝　殿

――― 太枠内のみご記入下さい

| | | | |
|---|---|---|---|
| 診療記録開示の対象となる患者 | フリガナ | | 患者番号 |
| | 氏　名 | | |
| | 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成　　年　　月　　日 | |
| | 住　所 | | |
| | 電話番号 | －　　－ | |

| | | |
|---|---|---|
| 開示を申請する期間 | 年　月　日 ～　年　月　日 | |
| 開示を希望する記録（該当する項目に○） | １．医師記録 | 謄写　・　閲覧 |
| | ２．看護記録 | 謄写　・　閲覧 |
| | ３．検査記録 | 謄写　・　閲覧 |
| | ４．画像記録 | 謄写　・　閲覧 |
| | ５．その他 | |
| 開示請求理由 | | |

私は、上記の通り診療記録の開示を希望します。

年　月　日

住所
電話番号
申請者氏名
患者との関係

（備考）

---

請求した上記の開示書類について、確かに受領致しました。

年　月　日

住所

氏名