

診療情報に関する開示請求書

年 月 日

医療法人社団玄同会 小島病院
病 院 長 殿

私は、貴院が保有する下記の診療情報を開示していただきたく、請求いたします。

患者ご本人 ご氏名（自筆） _____
生年月日 西暦 _____ . _____ . _____
ご住所 _____
電話番号 _____

代理人による申込みの場合は、下記の欄にご記入のうえ、患者ご本人の医療情報開示の委任状を添えて、お申込ください。なお、開示については「広島県医師会規範」に則って行いますので、ご了承ください。

代 理 人 ご氏名（自筆） _____
生年月日 西暦 _____ . _____ . _____
ご住所 _____
電話番号 _____
患者ご本人との関係 _____

開示を希望する期間及び記録等（該当する番号を○で囲む）

開示を希望する期間： _____ ～ _____

- 1 診療記録のすべて
- 2 診療録（カルテ）
- 3 検査記録・検査成績表
- 4 画像情報（エックス線写真、CT、MRI、エコー）
- 5 看護記録
- 6 その他（ _____ ）

* 複写を希望される場合は有料ですので、あらかじめご了承ください。

受 付 院 長	診療科部長	担 当 医	事務部長	開示実施	費用徴収