

画像等 謄写申込書

年 月 日

耳原総合病院 主治医 殿

下記のとおり診療記録等の開示を請求いたします。

開示請求にかかる患者	(ID ※病院記入)	
	氏名	
	生年月日	
	住所	
	電話番号	

請求者 (患者と異なる場合)	氏名	
	住所	
	電話番号	
	患者との関係	
内容	診療科	<input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> () 科
	期間	<input type="checkbox"/> 現存するものすべて <input type="checkbox"/> (年 月 日 ~ 年 月 日)
	<input type="checkbox"/> 画像検査 (CT、MRI、レントゲン) 検査結果 (<input type="checkbox"/> 検体検査 <input type="checkbox"/> 細菌検査 <input type="checkbox"/> 生理機能検査 <input type="checkbox"/> 病理組織検査報告書)	

※完成のご連絡から6ヶ月経過してもご来院頂けない場合は、破棄させていただきますのでご了承お願い致します。

病院記入欄

本人確認欄	<input type="checkbox"/> 身分証明書		
患者本人以外の確認欄	<input type="checkbox"/> 身分証明書 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本等 <input type="checkbox"/> 同意書 (委任状) <input type="checkbox"/> 会社の身分証明書等		
開示担当部署	医療情報管理課	担当者	

《 主治医 決済 》			
承認	<input type="checkbox"/> 許可 <input type="checkbox"/> 不許可		
年月日	年 月 日	主治医署名	

《 請求者への受け渡し 》			
年月日	年 月 日	担当者	