

診療記録等の開示申込書

社会医療法人シマダ 嶋田病院
院 長 島田 幸典 殿

年 月 日

診療記録等の開示を求める患者名

患者番号 _____

氏 名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

住 所 〒 _____

T e l _____ (_____)

最終来院日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

開示を希望する記録

	入院期間・診察日・部位等	閲覧	複写 (紙媒体)	複写 (記録媒体)
入院診療録	年 月 日～ 年 月 日			
外来診療録				
画像				
その他				

申請者 氏 名： _____

住 所： _____

電 話： _____ (_____)

患者様との関係： _____

閲覧を希望 される場合	希望日 第一希望	年 月 日	午前・午後
	第二希望	年 月 日	午前・午後
	() 特に希望なし		