

診療記録閲覧申し込み用紙

申し込み日(西暦): 年 月 日

* 資料の準備のため、すぐには閲覧できない場合があります。その時は、後日連絡させていただくこととなりますのでご了承ください。

* 閲覧申し込みは、診療日の 8:30 から 17:00 内に、土曜日は 8:30 から 12:30 内にお申し込みください。

フリガナ 名前(本人):	様	明.大.昭.平 :	年 月 日生
代理人名:	様	本人との関係:	

診療録番号(ID):

--	--	--	--	--	--	--	--

 *診察券の ID 番号を記入してください

フリガナ
患者名: _____ 様 (本人の場合は省略可)

閲覧目的: 該当に 印をしてください。記入しなくても閲覧できます。

- 1、治療方針を決めるのに参考にしたい
- 2、自分(家族)の病気のことを良く知りたい
- 3、治療の経過を知りたい
- 4、その他 ()

閲覧したい診療記録に 印と必要事項を記載してください。

- 1、外来診療記録
- 2、入院診療記録 : _____年__月から_____年__月に入院した診療記録(西暦で記入)
- 3、その他の資料: ・フィルム・心電図・その他の資料 ()

電子カルテ閲覧方法について下記のいずれかに 印をつけてください。

- 1、自分で操作して閲覧
- 2、用紙にコピーしたものを閲覧

医師の説明を希望しますか(印)

- 1、希望する
- 2、希望しない

診療記録などのコピーを申し込みますか(印) *紙カルテの場合は、ご自分で行なっていただきます。

- 1、入院診療記録
- 2、外来診療記録
- 3、その他の資料
- 4、申し込まない

ご連絡先 : 後日、閲覧の日時をご連絡致します。連絡方法をご記入下さい。

- 1、フリガナ
氏名:
- 2、住所:
- 3、電話番号(又は FAX):
- 4、ご希望事項がありましたらお書き下さい ()

注: 閲覧の時は、身分証明書(運転免許書又は健康保険証など)をご持参ください。代理人の方は、本人の委任状を、親権者及びご遺族の方は、本人とご関係を証明できる戸籍謄本または抄本などをご持参ください。

《 病院記入欄 》

窓口受付 : 年 月 日 受付者 _____
科長及び主治医 : 年 月 日 氏名 _____ 確認 済
診療情報課 : 年 月 日 受付者 _____ 連絡 済