

# 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<br>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、外来診療録
- 2、入院診療録
  - ・入院した時の診療録すべて
  - ・ \_\_\_\_\_年\_\_月から\_\_\_\_\_年\_\_月に入院した診療録のみ希望 (西暦で記入)
- 3、その他の資料
  - ・ ファイルム、 ・ 心電図、 ・ その他の資料 ( )

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、ご自分で行っていただきます。

- 1、入院診療録
- 2、外来診療録
- 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。

- フリガナ
- 1、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 (運転免許証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。

身分証明証は、コピーさせていただきますがご本人の確認以外には使用いたしませんのでご了承願います。

## 《 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  
診療情報室 : 年 月 日 受付者 \_\_\_\_\_ 連絡 済