

§ 診療記録等の開示申込書 §

千代田診療所 殿

◆診療記録等の開示を求める患者名

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

住 所 〒 _____

電話番号 _____ - _____ - _____

◆開示希望記録

.....
.....
.....

●申請者 申請日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____)

氏 名 _____ (印)

住 所 _____

電話番号 _____ - _____ - _____

患者本人との関係 _____

.....
(本人同意記入欄)

私は上記のとおり、申請者 _____ に対して私の診療記録等が開示されることに
同意いたします。

年 _____ 月 _____ 日

患者本人 (自署) _____ (印)