

診療情報の開示申請書

診療情報の開示は、主治医と患者さまが共同して病気を克服することを目的としています。したがって、原則として患者さま本人に開示いたします。

国家公務員共済組合連合会
広島記念病院長 殿

診療記録等の開示を受けたい患者	(フリガナ)			
	患者氏名			
	患者番号			
	住所			
	生年月日			
開示を希望する診療情報の内容(該当欄に○を記入してください)	診療情報の内容	閲覧	複写	口頭による説明
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	その他			
開示申請の理由				
閲覧希望日 (複写のみ希望の場合は記入不要)	第一希望	年	月	日()曜日 午前・午後 時
	第二希望	年	月	日()曜日 午前・午後 時
	()特に希望なし			

(注) 閲覧又は複写のかわりに要約書を交付する場合があります。

(注) 主治医等の説明を希望される場合には、その他の欄にその旨記入してください。

私は、上記のとおり開示を希望します。

令和 年 月 日

申請者 氏名 _____ 印

申請者が患者様 患者様との続柄 _____

本人の場合は _____

記入不要 住 所 _____

電話番号 () _____

カルテやフィルム等のコピー代は、実費請求させていただきます。