

本人確認 点検欄	受付者 サイン

診療記録等の開示申請書

医療法人宝生会 P L 病院東京診療所

P L 東京健康管理センター 所長殿

診療記録等の開示を受けたい受診者	フリガナ	姓	名			
	受診者氏名					
	住 所					
	生 年 月 日	明・大・昭・平 西暦	年	月	日生	性別
開示を希望する記録 * 該当する箇所に を記入して下さい			健診日・診察日・部位等	複写	閲覧	
	1. 診療録 (管理カード・カルテ)					
	2. 検査記録、検査成績表、心電図					
	3. エックス線写真					
	4. 超音波画像					
	5. C T 画像					
	6. M R 画像					
	7. その他					
閲覧希望日 * 複写のみ希望の場 合は記入不要	第 1 希望.....	年	月	日		
	第 2 希望.....	年	月	日		
	第 3 希望.....	年	月	日		
	医師による説明を希望する 医師による要約書の作成を希望する 希望日なし					

私は上記のとおり、診療記録等の開示を希望します。

年 月 日

申請者 氏 名

印

受診者との関係

住 所

電 話 番 号

開示申請者は本人であることを証明できるもの (運転免許証等) をご提示下さい。