

## 診療記録等の開示申込書

社会医療法人シマダ 嶋田病院  
院 長 西村 一宣 殿

年 月 日

**診療記録等の開示を求める患者名**

患者番号 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日生

住 所 〒 \_\_\_\_\_

T e l \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

最終来院日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

**開示を希望する記録**

	入院期間・診察日・部位等	閲覧	複写 (紙媒体)	複写 (記録媒体)
入院診療録	年 月 日～ 年 月 日			
外来診療録				
画像				
その他				

申請者 氏 名: \_\_\_\_\_

住 所: \_\_\_\_\_

電 話: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

患者様との関係: \_\_\_\_\_

閲覧を希望 される場合	希望日 第一希望 年 月 日 午前・午後 第二希望 年 月 日 午前・午後 ( ) 特に希望なし
----------------	--