

診療情報開示申請書

様式 3

平成 年 月 日

医療法人相生会 福岡みらい病院
病院長 殿

会社名 印

住所 〒 -

電話番号 () -

代表者名 印 ※

担当者名 印

※会社名と担当者名を記載し押印して下さい。社印の押印が出来ない場合は、代表者名を記載し捺印をお願いします。

下記のとおり診療記録の開示を申請いたします。
なお、提出いたしました同意書につきましては、弊社が全て責任を負うものとします。

記

| | | | | | | |
|---------|------------------------------------|-----|-------|-------|-------|-------|
| 患者情報 | 患者ID : | | | | | |
| | 氏名 (フリガナ) | 男・女 | 1. 明治 | 2. 大正 | 3. 昭和 | 4. 平成 |
| | | | 年 | 月 | 日 | 生 |
| 住所 | 〒 電話番号 () - | | | | | |
| 診療記録の内容 | (1) 入外区分 (入院 ・ 外来) | | | | | |
| | (2) 診療科名 () | | | | | |
| | (3) 診療記録 (カルテ) 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 | | | | | |
| | (4) 画像 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 | | | | | |
| 修正履歴 | 1. 必要 2. 不必要 ※丸をつけてください | | | | | |

■支払方法 (振込 ・ 窓口 ・ その他 ())

以上

※院内決裁欄

| | | | | |
|----|------|------|-----|----------|
| 院長 | 事務部長 | 看護部長 | 主治医 | 診療情報管理室長 |
| | | | | |