

診療情報開示申請書

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
		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)	年 月 日 ~ 年 月 日
	(4) 画像	年 月 日 ~ 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