

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 歳・大正・昭和・平成 年 月 日生

住 所 〒 _____

Tel _____ () _____ 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
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： _____ (印)

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
----------------	--