

診療記録等の開示申請書

本人確認 点検欄	受付者 サイン

医療法人社団光星

メディカルプラザ札幌健診クリニック 院長殿

診療記録等の開示を 受けたい受診者	フリガナ			
	受診者氏名	姓		名
	住 所	〒	-	
	生 年 月 日	明・大・昭・平 西暦	年	月
開示を希望する記録 * 該当する箇所に○ を記入して下さい			○印	健診日・診察日・部位等
	1.健康診断結果報告書			
	2.胸部X線画像			
	3.マンモグラフィ画像			
	4.CT画像			
	5.MR画像			
	6.心電図画像			
	7.眼底写真画像			
	8.腹部超音波画像			
	9.乳腺超音波画像			
	10.診断書			
	11.診療録(医師説明・要約書)			
12.その他				

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、保険証等)をご提示ください。

※本人以外による開示の要求には、本人の委任状が必要となります。委任状の提出があった場合でも、電話等で本人の意思の確認をさせていただきます。

画像等受け取り確認サイン/印

年 月 日

印