

本人確認 点検欄	受付者 サイン

診療記録等の開示申請書

PL大阪健康管理センター 所長殿

診療記録等の開示を受けたい受診者	フリガナ	姓	名		
	受診者氏名				
	住 所				
生年月日	明・大・昭・平 西暦	年	月	日生	性別 男・女
開示を希望する記録 * 該当する箇所を記入して下さい			健診日・診察日・部位等	複写	閲覧
	1. 診療録 (管理カード・カルテ)				
	2. 検査記録、検査成績表、心電図				
	3. エックス線写真				
	4. 超音波画像				
	5. CT画像				
	6. その他				
閲覧希望日 * 複写のみ希望の場合は記入不要	第1希望.....		年	月	日
	第2希望.....		年	月	日
	第3希望.....		年	月	日
	医師による説明を希望する 医師による要約書の作成を希望する 希望日なし				

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 (運転免許証等) をご提示下さい。