

日本医科大学武蔵小杉病院
院長 谷合 信彦 殿

開示請求者
氏 名

住 所

電話番号

請求者

- 本人
 委任を受けた代理人
 患者の遺族(法定相続人)またはその代理人

診療記録の開示請求書

私は、次のとおり、診療記録の開示を請求します。

フリガナ 患者氏名	
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
住 所 <small>請求者が患者本人 の場合は記入不要</small>	
電話番号(※)※連絡の取りやすい番号の記載をお願い致します	
対象期間等	年 月 日 ~ 年 月 日 科 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院
開示を希望する診療記録 (該当項目にチェックして下さい)	<input type="checkbox"/> 診療録 <input type="checkbox"/> 看護記録 <input type="checkbox"/> 画像診断フィルム <input type="checkbox"/> 検査記録 <input type="checkbox"/> 手術記録 <input type="checkbox"/> その他()
開示の方法	<input type="checkbox"/> コピー <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> コピー・閲覧
謄写物(コピー)提供方法	<input type="checkbox"/> 紙 <input type="checkbox"/> PDF <input type="checkbox"/> 特に希望無し

[問合せ先]

日本医科大学武蔵小杉病院 診療録管理室
電話:044-733-5181 内線:2539

- * 請求者確認
運転免許証: 自動車、二輪、船舶等を含む
* 提出書類のコピーを致しますので、御了承下さい
* 患者ID :

受付	請求者確認
	<input type="checkbox"/> 運転免許証
	<input type="checkbox"/> 旅券
	<input type="checkbox"/> 健康保険証
	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本・抄本
	<input type="checkbox"/> 個人番号カード
	<input type="checkbox"/> その他 ()