

(様式1)

## 開示申請書

受取サイン	受取担当者

医療法人一翠会

一翠会千里中央健診センター センター長 殿

診療記録等の開示を 受けたい受診者	健診受診日	年 月 日	受診番号	
	フリガナ	姓	名	
	受診者氏名			
	住 所	〒 電話番号 ( )		
	生 年 月 日	M/T/S/H 年 月 日	性 別	男・女
開示を希望する記録 ※該当する箇所に○を記入 して下さい		開 示 内 容	貸 出	閲 覧
	心 電 図			
	エックス線写真			
	超 音 波 画 像			
	C T 画 像			
そ の 他				
閲覧希望日 ※複写のみ希望の場合は記 入不要	年 月 日 <input type="checkbox"/> 医師による説明を希望 <input type="checkbox"/> 希望日なし			

私は上記のとおり、記録等の開示を希望します。

年 月 日

注1) 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)をご提示ください。

注2) 代理人が申請する場合は下記(申請者)に記入し、委任状をご持参ください。

(申請者)

氏 名: \_\_\_\_\_ ⑩

受診者との関係: \_\_\_\_\_

住 所: \_\_\_\_\_

電 話 番 号: \_\_\_\_\_