

年 月 日

診療記録開示申込み兼受付票

フリガナ		生年月日	年 月 日
患者氏名			
住 所			
連 絡 先	電話番号	メールアドレス	
診察券番号			
申込者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 任意後見人 <input type="checkbox"/> 任意代理人(間柄: <input type="checkbox"/> 実質的な介護者(間柄:) <input type="checkbox"/> 相続人 <input type="checkbox"/> その他(

※申込者がご本人以外の場合は下記もご記入ください

フリガナ		生年月日	年 月 日
申込者氏名			
住 所 <small>(保険会社等の委任代理 の場合は会社の所在)</small>			
会社名・所属 <small>(保険会社等の委任代 理の場合のみ記載)</small>			
連 絡 先	電話番号	メールアドレス	

開示を希望する 記録の内容			
	画像記録(CD-R)	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
開示の方法	<input type="checkbox"/> 写しの交付	<input type="checkbox"/> 閲覧	

<問合せ先>

川口市立医療センター 経営企画課病歴係
Tel:048-287-2525 内線:2016

受付印

(当院使用欄)

管理番号		連絡方法	電話 (いつでも ・ 頃) ・ メール
本人確認方法	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 住民票(郵送受付は必須) <input type="checkbox"/> その他()		
本人との 関係証明証	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 委任状(印鑑証明または患者本人確認書類の写し添付) <input type="checkbox"/> 公正証書 <input type="checkbox"/> 登記簿謄本 <input type="checkbox"/> その他()		
備考			