

令和 年 月 日

診療情報請求書

東京新宿メディカルセンター 院長 殿

(開示請求者) 郵便番号 _____
住 所 _____
氏 名 _____ 印
電 話 番 号 _____
患者との関係 本人・親族・代理人 関係 (_____)

下記の診療情報の開示を請求します。

フリガナ		男・女
患者氏名		
生年月日	大正・昭和・平成・令和・西暦	年 月 日生
住 所		
対象診療科		
対象期間		
請求内容	1.外来診療録（別紙参照） 2.入院診療録（別紙参照） 3.画像記録 エックス線、CT、MRI、その他（ _____ ） 4.その他（ _____ ）	
開示方法	1.写し 2.閲覧 3.要約書 4.口頭による説明	
備 考		