

カルテ開示申込書

LSI 札幌クリニック

申込者記入欄			
申込年月日	年	月	日
開示希望患者 ツガナ 氏名		性別 男 ・ 女	生年月日 年 月 日生
申込者 ツガナ 氏名		本人との続柄 本人 ・ その他 ()	どちらかに○
申込者住所 〒	—		
申込者電話番号	()		
カルテ開示希望診療日 (すべて・期間指定・日にち指定)			
カルテ開示希望理由			
開示希望期限 (いつまでに開示が必要か) 年 月 日 までに開示希望			

*以下は記入しないでください。

* L S I 札幌クリニック 記入欄	
*患者 ID	
*申込者確認 (確認したものに○)	
・ 本人 診察券 保険証 身分証明書	
・ その他 身分証明書 患者様本人との関係を示す書類 患者様の委任状 後見人を示す書類 後見人の委任状	
*開示判断・開示期限	
担当医師 氏名 :	Ⓜ
承認 院長 :	Ⓜ
*申込者への連絡	年 月 日
担当者 氏名 :	Ⓜ
*カルテ開示年月日	年 月 日
確認 院長 :	Ⓜ

※当会の個人情報保護に関するお問合せは、下記連絡先までお願いいたします。

個人情報相談窓口：TEL：011（884）0090

<http://www.lsi-sapporo.jp/>