

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 フリガナ 氏名	性別 男 ・ 女	生年月日 年 月 日生	
申込者 フリガナ 氏名	本人との続柄 本人 ・ その他（ ）	どちらかに○	
申込者住所 〒 ー			
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。
医療法人新産健会 法人本部 個人情報保護担当：TEL：011（215）1583