

診療記録開示請求書

年 月 日

医療法人社団 厚仁会

厚仁病院 理事長殿

私は貴院が保有する下記患者の診療録の開示を請求します。

なお、基本料金3300円と診療録のコピーについては1枚33円の料金がかかることを了承しました。

1. 開示請求者

ふりがな 氏名			
ふりがな 住所			
電話番号		患者との続柄	

2. 開示を求める患者

ふりがな 氏名			
ふりがな 住所			
生年月日	年	月	日