

診療情報複写交付申請書

令和 年 月 日

村立東海病院管理者 様

申請者 住所 _____

氏名 _____ 印 (署名又は記名捺印)

診療情報の写しの交付を次のとおり申請いたします。

記

1 受診者氏名

2 診療科 _____ 科

3 種 別 (1) 入院診療録 枚
 (2) 外来診療録 枚
 (3) 看護記録 枚
 (4) 検査記録 枚
 (5) _____ 枚

4 付属書類等 (1) X線フィルム 半切 枚
 (2) CT・MRI 半切 枚

5 手数料等の (1) 現金納付
支払方法 (2) 金融機関振込み
 (3) その他の方法 (_____)

留意点：当病院は電子カルテを採用していますが、電子媒体によるコピーや複写は改ざんのおそれがあるために禁止します。